



**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**

Ψ

*Hva opplever pasienter som virkningsfullt i terapiprosessen?*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Mari Harde og Åshild Hordvik Rydland**

Høst 2013

Veileder: Geir Høstmark Nielsen

### **Forord**

Vi vil først og fremst rette en stor takk til vår veileder Geir Høstmark Nielsen, for all din tid, kloke ord, råd og innspill. Vi føler oss veldig heldige som har fått veiledning av deg. Vi vil også takke Charlotte Gjessing og Gunnar Rydland for deres bidrag til analysearbeidet. Til slutt vil vi takke hverandre for et godt og morsomt samarbeid gjennom hele studiet.

### Abstract

The purpose of this review was to explore what patients experience as helpful in psychotherapy and to describe key therapeutic processes that facilitate relief. Based on an extensive literature search, we included 13 studies of patient perspectives on helpful aspects of treatment. The patients included in these studies had different diagnoses and had received various forms of treatment. Main findings from each of the studies are presented. From the 13 studies, we identified 209 patient statements. With the use of qualitative analysis, 6 prominent categories describing helpful factors emerged from the data. The categories were: (a) emotional outlet/catharsis, (b) therapeutic relation, (c) method/technique, (d) therapist characteristics, (e) insight/learning/self-development and (f) emotional relief/ support. Our findings correspond with findings from previous research. Our review is limited by the fact that it is based on second hand information/analysis, which can confine the factual patient responses. Nevertheless, it provides insights about helpful factors in psychotherapy and points to some of the therapeutic process variables worthy of consideration in clinical practice and future research. It may also be an important contribution with regard to the present demands on evidence-based therapy and client participation.

### Sammendrag

Formålet med denne litteraturgjennomgangen var å identifisere virksomme faktorer i psykoterapi, med utgangspunkt i pasientperspektivet. Problemstillingen var: Hvilke faktorer rapporterer pasienter som virksomme i deres terapi? Vi gjennomgikk 13 studier som inkluderte pasienter med ulike lidelser og som hadde mottatt ulike former for terapi. Resultatene fra hver av de inkluderte studiene blir presentert. Ut i fra de inkluderte studiene fremkom 209 pasientutsagn. Ved hjelp av kvalitativ analyse identifiserte vi seks overordnede kategorier som beskriver virksomme faktorer: (a) følelsesmessig utladning/katarsis, (b) terapeutisk relasjon, (c) metode/teknikk, (d) egenskaper ved terapeut, (e) innsikt/læring/selvutvikling og (f) emosjonell lindring/støtte. Våre funn er sammenfallende med resultatene fra tidligere forskning. En svakhet ved vår litteraturgjennomgang er at vi har basert oss på annenhånds informasjon og analyse, noe som vil kunne begrense validiteten til funnene. Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen kan ha implikasjoner for videre forskning og for utvikling av psykoterapifeltet. Kunnskap om hva pasienter opplever som virksomt i terapi kan bidra til å forbedre og effektivisere behandlingsmetoder, samt øke terapeuters kunnskap om hva som er nyttig for pasienter. Forskningen blir spesielt relevant med hensyn til kravet om evidensbasert praksis og brukermedvirkning i helsetjenestene.

**Innholdsfortegnelse**

<b>Innledning .....</b>	<b>9</b>
<b>Problemformulering og formål .....</b>	<b>11</b>
<b>Å ta pasientens perspektiv .....</b>	<b>12</b>
<b>Psykoterapiforskning i et pasientperspektiv .....</b>	<b>14</b>
<b>Metode .....</b>	<b>17</b>
<b>Inklusjonskrav .....</b>	<b>17</b>
Deltakere.....	18
Behandling.....	18
<b>Litteratursøk .....</b>	<b>18</b>
Elektroniske søk .....	19
Håndsök .....	19
<b>Utvelgelse og eksklusjonskrav .....</b>	<b>20</b>
<b>Inkluderte studier .....</b>	<b>20</b>
<b>Resultater .....</b>	<b>22</b>
<b>Studie 1 .....</b>	<b>22</b>
Funn .....	22
<b>Studie 2 .....</b>	<b>22</b>
Funn .....	23
<b>Studie 3 .....</b>	<b>26</b>
Funn .....	26
<b>Studie 4 .....</b>	<b>27</b>
Funn .....	28
<b>Studie 5 .....</b>	<b>29</b>

Funn .....	29
<b>Studie 6 .....</b>	<b>31</b>
Funn .....	32
<b>Studie 7 .....</b>	<b>33</b>
Funn .....	33
<b>Studie 8 .....</b>	<b>35</b>
Funn .....	35
<b>Studie 9 .....</b>	<b>38</b>
Funn .....	38
<b>Studie 10 .....</b>	<b>41</b>
Funn .....	41
<b>Studie 11 .....</b>	<b>42</b>
Funn .....	43
<b>Studie 12 .....</b>	<b>45</b>
Funn .....	45
<b>Studie 13 .....</b>	<b>47</b>
Funn .....	47
<b>Presentasjon av funn i kategorier .....</b>	<b>49</b>
<b>Diskusjon .....</b>	<b>52</b>
<b>Pasientperspektivet.....</b>	<b>60</b>
<b>Begrensninger ved de inkluderte studiene .....</b>	<b>64</b>
<b>Begrensninger ved litteraturgjennomgangen .....</b>	<b>65</b>
<b>Kliniske implikasjoner .....</b>	<b>66</b>
<b>Videre forskning .....</b>	<b>67</b>

<b>Konklusjon .....</b>	<b>68</b>
-------------------------	-----------

<b>Referanseliste .....</b>	<b>69</b>
-----------------------------	-----------



Den positive effekten av psykoterapi er godt dokumentert (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010, s. 27; Lambert, 2013; Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013). At pasienten opplever bedring som følge av terapi er et kjernepunkt i behandlingsfeltet. Men hvilke faktorer er det som skaper bedring og hva bør forskningen ta for seg for å oppnå en mer presis kunnskap om dette? Store deler av psykoterapiforskningen har fokusert på *utfall* av terapi og har i mindre grad prioritert *prosessene* som bidrar til at behandlingen blir virksom (Caskey, Barker & Elliot, 1984; Christiansen, 1960; Orlinsky & Howard, 1975). Tradisjonelt har behandlingsteknikk og terapeuten som skolert eksperttøver, blitt sett på som de viktigste endringsskapende faktorene (Duncan et al., 2010, s. 83; Macran, Ross, Hardy & Shapiro, 1999). Med tiden har forskning og kliniske erfaringer nyansert denne antagelsen, og gitt rom for at flere elementer er til stede i et vellykket terapiforløp (Lilliengren & Werbart, 2005). Dette har gitt begreper som terapeutisk arbeidsallianse, empati og egenskaper ved terapeuten større betydning, og et mer komplekst bilde av endringsprosessen har tatt form (Rosenzweig, 1936; Strupp et al., 1969; Duncan et al., 2010, s. 27; Nissen Lie, 2012). I diskusjonen rundt de virksomme faktorene har det vært en tendens til polarisering i begrepsbruken mellom *fellesfaktorer* og *spesifikke faktorer*. I denne sammenheng er antagelsen at ingen terapiform gir bedre utfall enn andre. Det er altså de felles faktorene i terapi som i hovedsak tilrettelegger for endring, mens de spesifikke faktorene som er unike for en teknikk blir gitt mindre betydning (Duncan et al., 2010; Wampold et al., 1997).

De fleste studier som omhandler endringsprosesser i psykoterapi vektlegger terapeutens eller forskerens vurderinger av terapiforløpet. Flere hevder at pasientens synspunkter på hva som er virkningsfullt i terapi er neglisjert og understudert (Connolly

& Strupp, 1996; Elliott & James, 1989; Lilliengren & Werbart, 2005; Orlinsky & Howard, 1975; Paulson, Truscott & Stuart, 1999). Når det er terapeut eller forsker som vurderer pasientens bedring eller endring i terapi, skjer dette med bakgrunn i deres teoretiske forankring og synspunkter (Binder, Holgersen & Nielsen, 2009). Studier viser også at pasienter og terapeuter kan ha relativt ulike oppfatninger av hendelser i terapi og hvilke aspekter ved behandling som er avgjørende for pasientenes bedring (Caskey et al., 1984). Beskrivelser fra pasienter er den mest direkte kilden til informasjon og kan gi innsyn i erfaringer som bare er observerbare fra pasienten sin side (James & Elliott, 1989). I et behandlingsforløp er det naturlig å inkludere pasientens betraktninger i prosessen. I psykoterapiforskning har imidlertid pasientperspektivet blitt mindre vektlagt, noe som gjenspeiles i den begrensede mengden studier på feltet. De fleste litteraturoversiktene som foreligger er dessuten av noe eldre dato eller baserer seg på et lite antall studier.

En moderne og kunnskapsbasert helsetjeneste bør inkludere brukerens perspektiv. I følge Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2005), innebærer god kvalitet i helsesektoren at pasienten blir sett og tatt på alvor. Pasienten skal medvirke og ha innflytelse, og deres opplevelse av tjenestene kan gi gode pekepinner til forbedring av systemet. I 2007 vedtok sentralstyret i Norsk Psykologforening å slutte seg til den amerikanske psykologforeningens (APA, 2005) prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Denne understreker blant annet at tjenestene blir mer effektive når de tilpasses den enkelte pasient, og oppfordrer til at pasientens ”egenskaper, verdier og kontekst” integreres i psykologisk virksomhet.

Studier som undersøker pasientens perspektiv vil kunne bidra til økt forståelse av virkningsfulle faktorer i terapi, og være et viktig bidrag til å bringe forholdet mellom teori og praksis nærmere hverandre (Binder, Holgersen & Nielsen, 2010; James & Elliott, 1989; Macran et al., 1999; Strupp et al., 1969). Med tanke på behovet for kunnskap og temaets aktualitet, vil en oppdatert litteraturgjennomgang på feltet være nødvendig.

### **Problemformulering og formål**

Med denne oppgaven ønsker vi å ta for oss et utvalg studier (se side 20) som undersøker hvilke faktorer pasienter opplever som virksomme i terapi. Først vil vi gi en teoretisk innføring i bakgrunnen for forskning i et pasientperspektiv, etterfulgt av en oppsummering av funn fra lignende litteraturgjennomgangsartikler. Deretter vil resultatene fra studiene vi har valgt ut, bli presentert og diskutert. Fremstillingen tilstreber en åpen og eksplorerende tilnærming til forskningen som foreligger. Vi har inkludert studier der utvalget av pasienter har ulike diagnoser, og har mottatt ulike former for psykoterapi. I de aktuelle studiene er det blitt benyttet både kvantitative og kvalitative metoder. Dette begrunnes med at det foreligger en relativt begrenset mengde forskning på vårt tema og at det i denne sammenheng anses som en styrke at så mange studier som mulig er inkludert for å få et godt innblikk i feltet. Det er viktig å påpeke at vårt fokus vil være på aspekter ved terapien og terapeuten som oppleves som å være til hjelp, ikke på uttalelser fra pasienten om grad av bedring eller symptomlette. Studien er med andre ord sentrert rundt spørsmålet:

*Hvilke faktorer rapporterer pasienter som virksomme i deres terapi?*

### **Å ta pasientens perspektiv**

Det kan virke selvfølgelig at psykologisk virksomhet innebærer å ta andre menneskers perspektiv. I et bokkapittel som omhandler hvordan pasienten fungerer som veiviser i terapi, beskriver Hartmann (Axelsen & Hartmann, 2008, s. 179) at hun opplever det som nyttig å være lydhør for hva pasienten tror vil være til hjelp og hva pasienten synes om hvordan behandlingen forløper. I et så tett samarbeid som psykoterapi innebærer, kan det tenkes at å ta del i pasientens perspektiv følger naturlig. I forskning vil avstanden mellom pasient og forsker være større, og tradisjonen for å spørre pasienten "Hva virket for deg" ikke være like markant. Hvis det også er slik at forskning som har forsøkt å få frem pasientens beretninger i stor grad har benyttet seg av kvantitative metoder som spørreskjema og avkrysningslister, vil dette gi begrenset innhold i informasjonen som innhentes. Følgelig kan pasientperspektivet tenkes å være selvfølgelig i klinisk praksis, men mangelfull i forskning.

Macran et al. (1999) har identifisert to forhold som definerer hva det innebærer å innta et pasientperspektiv i forskning. For det første bør forskere anerkjenne at pasienter er individer med egne overbevisninger og verdier, som igjen bidrar til den terapeutiske prosessen. For det andre bør denne anerkjennelsen bli til handling ved at pasientenes erfaringer blir formidlet upåvirket av forskerens overbevisninger og verdier. Med dette som utgangspunkt understreker Macran et al. at det ikke er tilstrekkelig at pasienter fyller ut ferdige skjemaer eller sjekklister, men at å innta pasientperspektivet forutsetter at pasienten selv får sette agendaen og uttrykke hva som oppleves meningsfylt og viktig i terapi.

Macran et al. hevder for øvrig at pasientperspektivet, med få unntak, har blitt nedprioritert. Dette knytter hun til holdninger fra Freud og psykoanalytisk teori, som

forklarer mental sykdom som konsekvens av ubevisste prosesser utilgjengelige for pasienten selv. Videre omtaler hun påvirkningen fra tradisjonell behavioristisk teori, der man legger lite vekt på utsagn fra pasienter om deres tanker, intensjoner og ønsker. Macran et al. trekker også frem noen generelle oppfatninger som er med på å svekke tiltroen til pasientens egne oppfatninger, som at pasienter er i en nedsatt mental tilstand, at pasienter ofte har lite innsikt i hvordan terapi har vært nyttig for dem, og at pasienter bevisst eller ubevisst forvrenger det som faktisk har skjedd i behandlingen.

Til tross for psykoterapifeltets generelle tendens til å nedprioritere pasientperspektivet, har enkelte forskere argumentert for betydningen av å inkludere nettopp dette. I følge Strupp et al. (1969) er det bare i tilfeller der pasienten utviser omfattende vrangforestillinger at vedkommendes egne utsagn bør tillegges mindre vekt. Strupp og Hadley (1977) presiserer at behandlingsteknikker og prosedyrer innenfor psykoterapi er instrumenter brukt med ønske om å hjelpe pasienten mot et ideal, en standard, eller norm. Det mest verdsatte utbyttet av terapi er pasientens velvære og lykke. I følge Strupp og Hadley (1977) er det ikke mulig å gjennomføre meningsfulle evalueringer av psykoterapi eller å gi meningsfulle definisjoner av mental helse, uten å inkludere ulike perspektiver, implisitt pasientperspektivet. Orlinsky og Howard (1975) beskriver pasientens subjektive erfaringer som svært relevant for å studere psykoterapi og at dette perspektivet har høyest validitet siden pasienten direkte håndterer og produserer informasjonen som blir benyttet i forskningen.

Å inkludere pasientperspektivet byr på utfordringer for både terapeuter og forskere. Likevel er det nødvendig for å utvikle god kunnskap om hvordan ting ser ut fra pasientens ståsted. Forskning som ikke inkluderer pasientperspektivet står i fare for å

være mangelfull eller å ikke gjenspeile det som er til pasientens beste (Macran et al., 1999).

Caskey et al. (1984) påpeker at forskning har vist relativt lave korrelasjoner mellom terapeutens og pasientens oppfatninger av terapi. De gjennomførte en studie som viste at det ofte forekom betydelige uoverensstemmelser mellom pasientenes og terapeutens opplevelser. I ett av tilfellene som Caskey et al. beskriver, forteller pasienten at han oppfattet terapeutens spørsmål som et forsøk på å samle inn informasjon, mens terapeuten ønsket at spørsmålene skulle stimulere pasienten til å utforske og til å komme i kontakt med følelser. Pasienten kan gi unik kontekstuell informasjon som presiserer betydning av hendelser og erfaringer gjort i terapi (Elliott og James, 1989).

Duncan et al. (2010, s.83-111) beskriver pasientens eget bidrag til terapi som avgjørende. De viser til at den økende mengden kunnskap om pasienten som aktør i behandlingen har bidratt til å forstå den viktige rollen bestemte egenskaper ved pasienten spiller, og at kjennetegn ved pasienten er den viktigste faktoren som avgjør om terapi blir vellykket eller ikke. De omtaler også forskning som viser at *pasientens* vurdering av den terapeutiske relasjonen korrelerer høyere med behandlingsutfallet, enn terapeutens vurdering.

### **Psykoterapiforskning i et pasientperspektiv**

Lilliengren og Werbart (2005) henviser til Freud og Breuers verk "Studies in Hysteria" (1895), der Anna O. beskriver sin terapi som "the talking cure" og "chimney-sweeping", som mulig første omtale av en pasients oppfatning av sin terapi. I de påfølgende tiårene er det, så langt vår oversikt rekker, få som vier pasientenes

terapierfaringer særlig oppmerksomhet før Strupp, Wallach og Wogan (1963) etterspør denne typen forskning på 1960-tallet. Strupp et al. (1969) gjennomførte flere studier med formål å belyse hvordan pasienter opplever sin terapi, og hva de oppfatter som virksomt. Et viktig funn var at pasienter ofte uttrykte fortvilelse over å ha få personer rundt seg til å snakke med, og at terapien var med på å snu denne trenden. Pasientene rapporterte at det å uttrykke seg til terapeuten, i sin tur gav økt evne til å uttrykke følelser ovenfor sine nærmeste, og at de ble mer villige til å risikere følgene av en åpen og ærlig kommunikasjon av følelser. Det ble også rapportert at terapeuten fungerte som en modell, som igjen kunne brukes for å møte andre mennesker. Dette kom til nytte da pasientene kunne prøve ut den tilegnede kunnskapen i andre nære relasjoner. Terapi kunne derfor initiere endring og utprøving av andre og mer hensiktsmessige strategier. Strupp et al. (1969) hevder at deres kanskje viktigste funn var pasientens opplevelse av aksept, forståelse, respekt og varme, under nøytrale rammer, noe som de fremholdt som en ny erfaring. Dette skapte for flere en forskjell fra relasjoner som de ellers inngikk i og som bar preg av kritikk, utnyttelse og avhengighet. Terapien skapte rom for å snakke om skambelagte, angstvekkende og smertefulle følelser og gjorde det mulig å utforske disse emosjonelt og kognitivt. Strupp et al. (1969, s. 135) oppsummerer at det er substansiell støtte for at psykoterapiens primære funksjon er å tilrettelegge for at pasienten skal kunne gjøre seg nye erfaringer, lære noe nytt basert på tilgang til ny informasjon eller nye selvinstruksjoner og at terapeuten fungerer som en ny rollemodell for pasienten.

Elliott og James (1989) sin litteraturgjennomgang som omhandler pasientens erfaringer i terapi, er en hyppig sitert referanse. De påpeker at pasienten ikke bare har en oppfattning av *om* terapi har befordret bedring, men også om *hvordan* terapi har hjulpet

dem. Elliott og James nevner en rekke virksomme faktorer pasienter rapporterer fra enkelthendelser i behandlingen, eller etter endt terapi. Den samme oversiktsartikkelen definerer et skille mellom virksomme faktorer som retter seg mot *oppgave-/problemløsning* og *interpersonlige/affektive* aspekter ved behandlingen. Innenfor kategorien interpersonlige/affektive faktorer var de vanligste funnene at pasienten fikk mulighet til å dele og avlaste sin problematikk, å inngå i en støttende relasjon, og å bli gitt nytt håp, bekreftelse og avlastning gjennom relasjonen til terapeuten. Kategorien oppgave/problemsløsningsfaktorer innebar at terapeuten fasiliterte ny innsikt og oppgavemestring, økning av selvforståelse, samt opplevelse av terapeuten som støtte for å gradvis praktisere endring, terapeutens tilbakemeldinger og at terapeuten var rolig og objektiv. Elliott og James påpeker mer generelt at forskningsfunn tilsier at pasienter tilnærmer seg terapi på en mer aktiv, planlagt og bevisst måte enn tidligere antatt, og at deres evalueringer av terapeuten og intervensjonene de blir møtt med, er sentrale for hvor godt terapi fungerer. Elliott og James (1989) understreker viktigheten av disse funnene, og hevder at forskning som innbefatter pasienters erfaringer, er viktig for utvikling av teoretisk forståelse og utvikling av effektive behandlingsmetoder. De hevder videre at terapeuten kan dra nytte av kunnskap fra denne typen forskning ved å øke sensitiviteten for de store individuelle variasjonene i hvordan pasienter erfarer terapi, og til å i større grad ta i betraktning pasientens bekymringer, intensjoner og vurderinger av terapiens nytteverdi. Terapeuter bør ha stor ydmykhet for pasientens oppfatninger og ikke overvurdere sine egne antagelser om hva pasienten opplever. En styrke for terapeuter vil, stadig i følge Elliott og James, være å nøye undersøke og spørre hvordan pasienter erfarer behandlingen. Til tross for nytteverdien de antar at dette vil gi, påpeker de at det kan være utfordrende å bearbeide pasientenes beskrivelser.



Pasienter varierer i hvordan de oppfatter innholdet i terapi, og enkelte er mindre verbale og har større vansker med å formulere eller uttrykke sine opplevelser.

Hodgetts og Wright (2007) gjennomførte en litteraturstudie som gav lignende resultater. I likhet med Elliott og James (1989) påpeker de viktigheten av å anerkjenne pasientens subjektive opplevelse av signifikante hendelser i terapi og behovet for at terapeuten inntoner seg til pasienten for å fremme engasjement og hindre fremmedgjøring. De viser også til forskning som har funnet at hyppig uoverensstemmelse mellom terapeutens og pasientens oppfatning av terapi, gir dårligere utfall. Hodgetts og Wright (2007) sine funn viste at innsikt, problemløsning og personlig kontakt med terapeuten ble oppfattet som å være til hjelp. Flere egenskaper ved terapeuten var også rapportert å være viktig: terapeutens evne til å skape en samarbeidende relasjon, vise forståelse, til å se forbi en eventuell diagnose og å tåle sterke følelser, samt å utforske og gi trøst. Hodgetts og Wright understreker at ingen spesifikke intervensjoner ble identifisert, men at aspekter ved terapeuten og kvaliteter i relasjonen som nevnt ovenfor, var viktigere, enn ”teknikker”.

## **Metode**

### **Inklusjonskrav**

Studier som ble valgt ut var publisert forskning som benyttet en kvalitativ og/eller en kvantitativ tilnærming, gjerne kombinert. Det var et avgjørende inklusjonskrav at hovedtyngden i studiene baserte seg på pasientens perspektiv. Samtidig skulle studiene inneholde tydelige undersøkelser med henblikk på *hvordan* terapien fungerte, snarere enn å ha hovedvekt på utfallsmål. Hva som i hovedsak hadde

endret seg, var ikke relevant for denne litteraturgjennomgangen. Vi antok at det ville være en relativt begrenset mengde litteratur som var aktuell for vår problemstilling. Dermed har vi inkludert studier med ulike tilnærminger, metode og utvalg av pasienter. Antallet og sammensetningen av studiene vil bidra til mer mangfoldige og omfattende svar. Deltakerne i utvalgene vil omtales som pasienter, og pasientene skal ha mottatt behandling av kvalifisert fagpersonell.

**Deltakere.** Utvalgte studier inkluderte pasienter i aldersspennet 18-79 år. Alle studiene innbefattet både kvinner og menn. Majoriteten av studiene hadde et overtall av kvinnelige pasienter. Litteratursøket begrenset seg ikke til bestemte diagnostiske kriterier. I flere av de aktuelle studiene var diagnose og diagnosefordeling ikke oppgitt, ei heller relevante for de respektive forskningsformål. Vi valgte å sette en grense på minimum fem deltakere i hver studie for å bli inkludert.

**Behandling.** Studiene inkluderte ulike behandlingsformer, og heller ikke her var disse alltid navngitt eller identifisert. Det kan likevel nevnes at kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi var hyppigere nevnt enn andre metoder. Pasientene hadde mottatt behandling av kvalifisert helsepersonell, hovedsakelig kliniske psykologer. Andre yrkesgrupper var psykiatere, leger, kliniske sosionomer og sosialarbeidere, en sykepleier med mastergrad, og flere sertifiserte terapeuter med ulik grad av utdanning og erfaring med klinisk behandling. Et fåtall av studiene oppgav ikke hvilken utdanning eller erfaringsbakgrunn terapeuten hadde (Binder, Holgersen & Nielsen, 2009; Levitt, Butler & Hill, 2006; Murray, 2002).

## **Litteratursøk**

Relevante studier ble innhentet gjennom både elektroniske søk og hånd søk.

Litteratur ble søkt opp i desember 2012, januar 2013 og august 2013.

**Elektroniske søk.** Søkene ble hovedsakelig gjort på databasene PsycINFO, ISI Web of Science og Google Scholar. Det ble ikke satt noen dato- eller tidsbegrensning i de innledende søkene, da dette gav en bredere oversikt over hvilken forskning som finnes på området. Samtidig hadde vi en forventning om at forskning på det aktuelle temaet var begrenset. Studier som ble inkludert i litteraturgjennomgangen ble valgt ut på grunnlag av egnethet med hensyn til problemstilling og var publisert i perioden 1963-2009. Flere ulike søkeord og kombinasjoner av disse ble benyttet. Søkeordene var: *client perspective/perception/experience, patient view/perception/perspective, assess*, gjerne kombinert med *change, successful, helpful, good outcome, psychotherapy, counselling, therapy, "what did help"*. Vi begynte søkeprosessen på ISI Web of Science og PsycINFO. Ettersom søkemotorene kun identifiserte ord i titlene, gav flere av kombinasjonene få eller ingen treff. Vi utvidet søket ved å benytte Google Scholar, og fikk opp svært mange treff. Tolv artikler som virket relevant med utgangspunkt i tittel og abstract, ble valgt ut.

**Hånd søk.** Etter at relevante studier var identifisert gjennom elektronisk søk, ble deres respektive referanselister gjennomgått. I tillegg ble annen relevant litteratur som reviews, bøker og ekskluderte studier gjennom søkt for relevante kilder. Dette muliggjorde en større dekning av fagfeltet, ettersom litteraturfunn lett kan gå tapt i databasesøk basert på søkeord. Prosessen resulterte i at ytterlige 13 relevante studier ble valgt ut. Hånd søk kombinert med elektroniske søk gav totalt 25 studier. Ved nøyere gjennomgang, der studiene ble vurdert med hensyn til våre eksklusjonskrav, stod vi igjen med 13 studier.

### **Utvelgelse og eksklusjonskrav**

Studier ble gjennomlest og deretter diskutert med tanke på relevans og egnethet. En betydelig del av studiene omhandlet både hva som gjorde terapien virkningsfull og hva som var blitt bedre. Et viktig skille ble dermed satt med tanke på om den enkelte studie kunne beskrive prosess i tilstrekkelig grad. Studier som hovedsakelig omhandlet utfallsmål ble således ekskludert. Dersom en studie undersøkte både prosess og utfall, men i tilfredsstillende grad kunne besvare hva som var virkningsfullt, ble studien inkludert. Ved litteratursøkene ble en rekke studier først tatt inn, men senere forkastet ettersom søkeord var misvisende plassert i tittel og abstract. Studier av barn og unge under 18 år ble ekskludert. Dette ble gjort på bakgrunn av at de fleste studier tok utgangspunkt i pasienter over 18 år, samt deltakernes antatte evne til refleksjon.

Ettersom flere av studiene benyttet kvalitative design, var det relativt liten utvalgsstørrelse i noen av studiene. Dette gav likevel en god kvalitativ beskrivelse av pasientenes erfaringer. En kvalitativ studie ble riktignok ekskludert fordi studien baserte seg på uttalelser fra bare to pasienter (Glass & Arnkoff, 2000).

### **Inkluderte studier**

Etter at relevant litteratur ble gjennomlest, diskutert og vurdert opp mot inklusjonskrav, ble 13 studier valgt ut for nærmere analyse:

Studie 1: Feifel og Eells (1963).

Studie 2: Wilcox-Matthew, Ottens og Minor (1997).

Studie 3: Paulson, Truscott og Stuart (1999).

Studie 4: Murray (2002).

Studie 5: Paulson og Worth (2002).

Studie 6: Messari og Hallam (2003).

Studie 7: Clarke, Rees og Hardy (2004).

Studie 8: Lilliengren og Werbart (2005).

Studie 9: Levitt, Butler og Hill (2006).

Studie 10: Carey, Carey, Stalker, Mullan, Murray og Spratt (2007).

Studie 11: Nilsson, Svensson, Sandell og Clinton (2007).

Studie 12: Berg, Raminani, Greer, Harwood og Safren (2008).

Studie 13: Binder, Holgersen og Nielsen (2009).

Disse studiene vil bli nærmere omtalt og kommentert i resultatdelen. Det var forholdsvis omfattende å identifisere pasientenes uttalelser fra de ulike studiene, ettersom samtlige artikler både har forskjellige funn, verktøy og terminologi. Vi vil derfor først gjengi hva de respektive studier fortalte om hva som har vært virkningsfullt i terapiprosessen. Deretter vil vi presentere en kategorisk oversikt av funnene. Den kategoriske inndelingen er gjort både av oss og av to uavhengige psykologer, for å sikre inndelingens pålitelighet og validitet. Vi gjennomgikk først resultatene individuelt, da kategorier ble identifisert. Pasientenes rene beskrivelser ble vektlagt, med teoretiske antakelser forsøkt lagt til side. Pasientenes eget språk ble således utgangspunkt for kategoridannelsen. Inndelingene ble deretter sammenlignet, diskutert og samlet til seks fremtredende kategorier. Våre kategoriinndelinger sammenfalt, noe som vitnet om at kategoriene fremkom naturlig ut fra dataene. Kategoriene ble deretter sammenlignet med inndelingen gjort av de to eksterne psykologene. Våre kategorier overlappet i stor grad med deres inndelinger og dette sikret dermed kategoriernes validitet.

## Resultater

### Studie 1

Den eldste studien i utvalget ble gjort av Feifel og Eells (1963). Studien undersøkte hva pasienter og deres behandler oppfattet som virkningsfullt og ikke virkningsfullt i terapi og hvilke endringer som hadde funnet sted. Studien baserte seg på 63 deltakere (5 kvinner og 58 menn) med gjennomsnittsalder 37.5 år. Deltakerne hadde mottatt en psykoanalytisk orientert behandling av ulik varighet (minimum 10 sesjoner) for ulike lidelser. Forskerne hadde benyttet spørreskjema med åpne spørsmål, og kun pasientenes svar vil gjengis her.

**Funn.** Til tross for at forfatterne oppgav å ha benyttet et åpent spørreskjema, var responsene kun gjengitt som kategorier, uten ordrette gjengivelser av pasientenes egne utsagn. Av relevante funn med hensyn til prosessaspektet, nevnte pasientene i hovedsak faktorer som ble kategorisert innenfor 'samtale' og 'terapeutisk relasjon' som de viktigste. Mer konkret ble flere virkningsfulle aspekter ved endring nevnt: muligheten til å snakke om problemer med noen; den terapeutiske relasjonen; terapeutiske ferdigheter og teknikk; katarsis, utløp for spenninger og hjelp til å uttrykke følelser; holdninger og karakteristikk ved terapeuten; emosjonell støtte. Også administrative faktorer ble oppgitt av forfatterne, uten at de utdypet hva denne inneholdt. Pasientene ble undersøkt igjen fire år senere, med de samme spørsmålene. Med hensyn til hva som var virksomt i endringsprosessen, ble de samme momentene oppgitt.

### Studie 2

Wilcox-Matthew et al. (1997) undersøkte hvilke hendelser som ble opplevd som å være til hjelp gjennom ulike terapiforløp. Utvalget innbefattet 19 pasienter (14 kvinner og 5 menn) i alderen 20-56 år. Pasientene hadde søkt hjelp for ulike problematikk og ble behandlet av psykologer innenfor ulike terapeutiske retninger. Datainnsamling ble gjennomført med intervju/spørreskjema som pasientene mottok etter sine respektive terapitimer.

**Funn.** Forfatterne hadde undersøkt 200 hendelser pasienter oppgav å være til hjelp i et pågående terapiforløp. Hver av de undersøkte hendelsene inkluderte en innledende problemtilstand hos pasienten, terapeutens påfølgende intervensjon for dette, og til slutt hvilken innvirkning dette hadde for pasienten. Ni fremtredende mønstre som beskrev sekvenser av pasientendring ble identifisert. Disse mønstrene ble igjen delt inn i tre hovedgrupper, som forfatterne valgte å kalle henholdsvis ”dissonant”, ”spørsmål-svar” og ”kongruent”. Virkningsfulle aspekter vil presenteres innunder disse gruppene, og problemtilstander nevnes for å vise til hvordan prosessen hadde vært til hjelp.

**Dissonant.** Denne gruppen inneholdt alle beskrivelser der pasientene fikk rigide forestillinger justert av terapeut. Mønster 1 omhandlet problemtilstander der pasienten eksempelvis var engstelige for fremtiden, oppfattet daværende situasjon som uoverkommelig, følte seg som et offer, var selvmedlidende eller var i situasjoner der de ikke hadde kontroll. I slike situasjoner ble det virkingsfullt at terapeuten foretok omformuleringer av problemsituasjonen og gav pasienten alternative betraktninger. Dette gjorde at pasientene kunne håndtere problemene sine på en mer adaptiv måte. Terapeutene hadde også korrigert pasientens logikk ved å vise til konkrete bevis som gav en alternativ måte å betrakte problemene på. Videre påpekte de meningsløsheten ved kontrollbehov og hjalp pasienten til å normalisere sine betraktninger. Mønster 2

viste til situasjoner der pasientene hadde negative forestillinger om seg selv, med opplevd skyldfølelse eller manglende mestringsfølelse. Mønster 3 omhandlet situasjoner der pasientene la skyld på andre for sine omstendigheter. Ved mønster 2 og 3 hadde terapeuten også foretatt omformuleringer for å skape endring. Eksempelvis, for klienter med negative forestillinger om seg selv, hadde terapeutens omformuleringer normalisert hva pasientene tidligere hadde tenkt på som negative trekk ved seg selv, flyttet ansvaret for dette vekk fra pasienten, gitt pasientene en positiv vinkling på de negative selvbetraktningene og trygget dem på at de selv hadde evnen til å håndtere sine problemer. Terapeutene hadde også hjulpet pasientene med å omformulere negative tanker om andre, for eksempel ved å gjøre pasienten bevisst sin tendens til å generalisere negative trekk ved enkeltpersoner til å gjelde flere mennesker. Ved alle disse tre mønstrene, følte pasientene at prosessen bidro til å redusere deres bekymringer.

Mønster 4 og 5 omhandlet hvordan pasienters unngåelse av ett problem, eller dårlige håndtering av en hendelse, ble utfordret av terapeuten. Her opplevde pasientene at terapeuten hadde en erkjennelse av deres historie og dermed så viktigheten av å arbeide med disse temaene. Terapeutene hadde i den sammenheng blant annet utfordret pasientene ved å konfrontere og styre fokuset deres mot disse områdene.

Konfrontasjonene hadde vært særdeles retningsgivende og førte til overraskelse for pasienten sin del. Virkningen av dette ble illustrert med refererte utsagn som: ”Jeg hadde aldri tenkt over det før”, ”Det ble et vendepunkt for meg”. Pasientene rapporterte at de godtok den konfronterende intervensjonen og innså at de hadde flere viktige problemområder å arbeide med enn de initialt var klar over. Terapeuten hadde også utfordret pasientenes unngåelse av vanskelige temaer ved bruk av spørsmål som fikk pasienten til å reflektere over seg selv. Disse spørsmålene startet deretter en langsam,



indre søken, der pasientene i større grad ble oppmerksomme på vonde følelser eller forstyrrende tanker som de tidligere ikke var bevisst.

**Spørsmål-svar.** Denne gruppen inneholdt beskrivelser der pasientene både følte seg forvirret og samtidig var mer åpne for å motta terapeutens innspill med hensyn til deres presenterte problematikk, i motsetning til overnevnte tema. Innenfor mønster 6 hadde pasientene åpent bedt om hjelp til å oppfatte en situasjon, for eksempel i relasjonen til en betydningsfull annen, eller med hensyn til en personlig egenskap. I de fleste tilfeller hadde da pasienten direkte bedt terapeuten om en tolkning og fått dette. Pasienten opplevde en påfølgende lettelse overfor sin bekymring og oppnådde da innsikt med hensyn til problemsituasjonen. Mange rapporterte at terapeutens tolkninger hadde syntes å være ”riktige”, eller at de ”gav mening”.

Også i mønster 7 hadde pasienten stilt direkte spørsmål om hvordan de skulle løse en situasjon eller oppnå et mål, som for eksempel hvordan man uttrykker behov overfor andre eller hvordan man kunne endre sin egen atferd. Pasientene ble tilsynelatende motiverte til å prøve ut ny atferd, som terapeuten hadde foreslått. De ble da optimistiske og forventningsfulle til en eventuell påfølgende suksess.

**Kongruent.** Denne gruppen skiller seg betydelig fra de to foregående. De to kongruent-mønstrene inkludert i denne gruppen omhandlet hvordan pasienten ble bekreftet av terapeuten, heller enn utfordret. Innenfor mønster 8 hadde for eksempel pasienten forsiktig uttrykt en opplevelse av å ha gjort fremgang i terapien, eller avslørt planer om konstruktiv atferd. Terapeuten hadde fulgt opp med å støtte eller forsterke denne atferden, og pasienten hadde da intensivert sin forpliktelse til å arbeide med dette. Innenfor mønster 9 hadde pasientene forsiktig og hensiktsmessig utforsket følelser om ømtålige temaer. Terapeuten hadde da sørget for det pasientene opplevde som varme og

empatiske responser, og pasientene styrket da sitt fokus på disse følelsene. I begge disse mønstrene opplevde pasientene å få støtte av sine terapeuter.

### Studie 3

Paulson et al. (1999) undersøkte hva pasienter opplevde som virkningsfullt i terapi gjennom "concept mapping". Formålet med denne studien var å klargjøre omfanget og de innbyrdes forholdende mellom de ulike elementene som bidrar til endring. Trettiseks deltakere (27 kvinner og 9 menn) i aldersgruppen 18-56 år ble inkludert. Pasientene hadde ulike lidelser og fikk varierende former for terapi. De hadde i gjennomsnitt 11 sesjoner.

**Funn.** Studien identifiserte ni tematiske grupper; (1) terapeutens fremmende mellommenneskelige stil, (2) terapeutintervensjoner, (3) generering av klientressurser, (4) nye perspektiver, (5) emosjonell lindring, (6) klient-selvavsløring, (7) oppnå kunnskap, (8) tilgjengelighet og (9) klientbesluttsomhet. En rekke utsagn om hva som ble opplevd som virkningsfullt i prosessen var gjengitt i en egen tabell, hvorav noen av de med høyest skåre gjengis her. Innenfor første gruppe, som omhandlet behandleren, fant man blant annet at terapeuten lyttet, var oppmerksom på pasienten og dens behov, var åpensinnet og ikke-dømmende. I tillegg nevnes det at terapeuten ble opplevd som empatisk, tryggende, validerende, støttende og stilte gode spørsmål. Forfatterne påpekte at terapeutens mellommenneskelige stil og den terapeutiske relasjonen fremkom som spesielt viktige for deltakerne. Innenfor den andre gruppen intervensjoner ble objektive tilbakemeldinger, klargjøringer, oppgaver, styrking av selvtillit, trygghet og støtte nevnt. Gruppe tre inneholdt virksomme faktorer som beskrev hvordan pasienten hadde fått hjelp til selvhjelp og styrking av egne verktøy. Eksempelvis ble skriftlig

informasjon, hjelp til å finne strategier og andre ressurser nevnt. Gruppe fire omhandlet hvordan pasientene fikk nye perspektiver. Dette innebar blant annet motivasjon, hjelp til å få ny innsikt, nye måter å tenke på og det å få tilbakemeldinger. Gruppe fem, emosjonell lindring, ble beskrevet som den positive virkningen av det å få uttrykke og frigjøre følelser, få lettet på trykket og å kunne lære seg stressmestring. Gruppe seks omhandlet virkningen av det å kunne åpne seg for en annen. Det å dele, være ærlig, få forståelse, være selvavslørende, ventilere problemer, snakke med en som var på pasientenes side og samtidig nøytral og trygg, var noe av det som ble nevnt. Forfatterne skrev at pasientenes mulighet for selvavsløringer ble vurdert som det som var aller mest til hjelp ved deres respektive terapiprosesser. Prosessen var igjen avhengig av at relasjonen mellom terapeut og pasient var god, som beskrevet i gruppe en. Gruppe syv omhandlet kunnskapstilegnelse. Av virksomme faktorer ble det nevnt å generelt tilegne seg mer kunnskap, det å kunne drøfte noe før man utførte handlingen, det å få hjelp til å se sammenhenger, samt sinnemestring og avslapningsøvelser. Gruppe åtte handlet om hvordan pasienten opplevde terapeutens tilgjengelighet. Det å få time, slippe å vente, kunne ha råd til behandlingen og stabiliteten ved å kunne få komme en gang i uken, opplevde flere pasienter som godt. Den siste gruppen, ”klientbesluttssomhet”, inneholdt flere ulike faktorer som ble verdsatt. Blant annet ble hjelp til problemløsning, det å være på en slags reise der man ble rettleidet av terapeuten, å få hjelp til å oppdage flere muligheter og tilegnelse av flere verktøy nevnt. Enkelte opplevde også nytteverdien av å vite at man kunne komme tilbake dersom det var behov, samt det å kunne oppleve en form for avslutning, eller å ta et oppgjør med sine problemtilstander.

#### Studie 4

Murray (2002) undersøkte hva pasienter opplevde som virkningsfullt i terapi, men hennes studie skilte seg fra de andre ved sitt fokus på distinksjonen mellom "first-order" endring og "second-order" endring. Skillet omhandlet det forfatteren tenkte var endring på et dypere nivå. "First-order" endring var assosiert med problemløsning og symptomlette, mens "second-order" endring beskrev en mer dyptgripende endring i strukturen, der systemet ble "redesignet", eller bygget opp på nytt. Pasientene som ble inkludert i studien skulle ha en pågående terapi med varighet på minimum to år, med samme terapeut. I tillegg til symptomlette og problemhåndtering, skulle pasientene gjennom psykoterapi ha opplevd en dyp, grunnleggende endring/transformasjon av sine væren, slik at de relaterte til og opplevde seg selv annerledes. Syv pasienter (6 kvinner og 1 mann) ble inkludert i studien. Alder og behandlingsmetode var ikke oppgitt. Forfatteren gjennomførte semi-strukturerte intervjuer med deltakerne.

**Funn.** Forfatteren valgte å bruke uttrykket "transcendence" om pasientens opplevelse av "second-order" endring. Hun beskrev en rekke funn av hvordan terapien fremmet "transcendence". Denne overgangen til en ny opplevelse av seg selv ble fremmet av terapeutens rettleiding, profesjonelle veiledning og hjelp til selvrefleksjon. I tillegg ble det å få en korrigerende emosjonell erfaring med terapeuten nevnt. I noen av tilfellene var også katarsis av uforløst affekt et viktig aspekt ved prosessen.

Terapeuten lærte klienten å fokusere oppmerksomheten innover for å øke selvbevissthet, noe som bidro til selvrefleksjon, livsbetraktninger, samt gjenkjennelse av ekte følelser. En pasient beskrev følelsen av at terapeuten gav pasienten mulighet til å selv finne løsninger, som resulterte i at pasienten opplevde styrket mestring- og selvfølelse.

Med hensyn til den korrigerende emosjonelle erfaringen, beskrev pasientene en prosess med gradvis selvavsløring som ble drevet frem av terapeutens oppfordring og støtte av klientens sanne jeg. Selveksponeering ble fulgt opp av terapeutens aksept, ros og omsorg for klientens sanne jeg. Terapeuten korrigerer på den måten tidlige livserfaringer. En pasient beskrev virkningen av å kunne dele ubehageligheter fra sitt liv, for deretter å bli møtt med aksept. Opplevelsen av katarsis ble beskrevet som det å gjenoppleve smertefulle emosjoner forbundet med tidlige erfaringer. Dette hadde frem til da blitt holdt på avstand, og pasientene opplevde hjelpen av å arbeide med dette. Også det å få bistand til å avdekke selvet ble nevnt som virkningsfullt.

## Studie 5

Paulson og Worth (2002) undersøkte hva 35 tidligere suicidalpasienter (26 kvinner og 9 menn) opplevde som virkningsfullt, da de gjennomgikk psykoterapi. Behandlingsmetode var ikke oppgitt. I den initiale datainnsamlingen ble ni klienter bedt om å besvare følgende spørsmål; ”Hva hjalp deg i terapien for å overkomme din suicidale atferd og tenkning?”. En liste på 65 kvalitative beskrivende utsagn ble deretter presentert for de 35 deltakerne, slik at utsagnene kunne sorteres i kategorier og rangeres etter hvor virkningsfulle de ble opplevd å ha vært i terapiprosessen.

**Funn.** Forfatterne av denne studien samlet de virkningsfulle faktorene i syv overordnede grupper. De 65 utsagnene var oppført i en tabell og ble gitt en skåre for hvor virkningsfulle pasientene opplevde dem å være. De syv gruppene gjengis her, hvor noen av utsagnene med høyest skåre blir presentert.

*(1) Å utvikle selvbevissthet og personlig ansvar.* Denne gruppen utsagn viste til hvordan terapi hadde hjulpet pasientene til å ta ansvar for egne handlinger, utforske sitt

indre selv, bryte selvdestruktive mønstre og å bli støttet til å ta selvstendige valg.

Pasientene beskrev også virkningen av å eksperimentere med nye måter å respondere på sine følelser, og det å lære seg å skille mellom tanker, følelser og atferd. Flere så nytten av å lære seg at det var greit å tillate seg å kjenne på følelser, men også at man kunne gjenkjenne og erkjenne sin egen rolle i det å skape smerte.

(2) *Å forstå suicidalatferd.* I denne kategorien ble det referert til utsagn som omhandlet hvordan pasienten hadde fått hjelp til å se hvordan frykt hadde skapt uhensiktsmessige mestringsstrategier og hvordan de samtidig hadde blitt rettleidet til å stoppe med selvdestruktiv atferd. Flere hadde også vektlagt det å få identifisert sin redsel for å bli forlatt. Det hadde gjennomgående vært virkningsfullt for pasientene at de hadde fått psykoedukasjon om hvordan suicidalatferd fungerer og opprettholdes.

(3) *Å utvikle en ny identitet.* Innenfor denne kategorien nevnte pasientene det å lære seg å begrense, kontrollere og endre atferd; det å forkaste gamle mønstre og samtidig opprette nye; utvikle nye mestringsstrategier. Det å lære seg å uttrykke følelser, men samtidig se hvordan disse følelsene utløste suicidale tanker og atferd, var til hjelp. Flere nevnte også virkningen av å lære seg å ta vare på seg selv og å kunne stole på seg selv.

(4) *Å overkomme hjelpeløshet og håpløshet.* Pasientene beskrev denne gruppen utsagn som de viktigste for sin bedring. Pasientene fant hjelp i det å erkjenne og validere følelsene av fortvilelse og hjelpeløshet, slik at de da kunne initiere endringer i livene sine. Å arbeide med følelser, tanker og smerte ble også nevnt.

(5) *Å bruke emosjoner for å skape endring.* Denne gruppen utsagn omhandlet de emosjonelle prosessene som var involvert i bedring. Pasientene beskrev blant annet

virkingen av å endelig bryte stillheten, det å få uttrykke sinne og det å få sortere emosjonell bagasje fra fortiden.

**(6) *En positiv terapeutisk relasjon.*** Innenfor denne gruppen fant man virkningsfulle aspekter som det at pasientene opplevde å bli lyttet til, å føle at noen forstod dem, å oppnå en god kontakt med en annen, samt følelsen av å få sine opplevelser validert. Anerkjennelse for pasientenes opplevde problematikk og en samtidig opplevd støtte fra et annet menneske, var også bidragsgivende i endringsprosessen. En empatisk og bekreftende relasjon ble identifisert som avgjørende faktorer. Prosessen ble fremmet gjennom terapeutens bidrag ved å være tilstede, noe som gav pasientene en forståelse av at de ikke var alene, det var noen som tok del i deres beskrivelser, responderte og forstod.

**(7) *Å føle at noen viser tillit og verdsetter.*** Denne gruppen utsagn omhandlet en annen måte relasjonen hadde vært bidragsgivende på. Pasientene rapporterte at det å være i et nytt tillitsforhold, der de følte seg respektert og verdsatt for dem de var, var virkningsfullt for endring. De fikk støtte til å være ærlig med seg selv og andre, samt hjelp til å finne mestringsressurser. Pasientene fikk også gjennom dette en opplevelse av å bli hørt og forstått, noe som igjen gav dem tryggheten til å åpne seg for andre.

## Studie 6

Messari og Hallam (2003) undersøkte psykosepasienters opplevelser av kognitiv atferdsterapi. Fire innlagte pasienter og en pasient som fikk behandling poliklinisk gjennomgikk et semi-strukturert intervju. Personene var i alderen 28-48 år, og utvalget bestod av en kvinne og fire menn. Pasientene hadde mottatt kognitiv atferdsterapi (KAT) for psykose med behandlingsvarighet på mellom 3 og 18 måneder. De ble bedt

om å reflektere over terapiprosessen, formål, aspekter som var/ikke var til hjelp, terapiens innvirkning og over samarbeidet.

**Funn.** Ut i fra vår aktuelle problemformulering, vil kun relevante beskrivelser av prosess gjengis her. Forfatterne av denne studien benyttet et diskursanalytisk rammeverk i utforskningen av pasientenes beskrivelser. Av virkningsfulle prosessfaktorer fremkom tre diskurser; (1) KAT som en helbredende prosess, (2) KAT som en edukativ prosess, (3) KAT som en respektfull relasjon mellom likemenn.

Den første diskursen omhandlet hvordan terapeuten reduserte lidelse og fikk pasienten til å føle seg bedre. Dette ble gjort ved at pasienten fikk snakke om sine problemer og sitt levesett. En pasient nevnte at det å få utløp for tanker og følelser en gang i uken, og med verdighet, sørget for at han ikke ble ”spist opp”.

Den andre diskursen omhandlet hvordan terapien fungerte som en læringsprosess. Pasientene beskrev hvordan de lærte om seg selv, sin erfaring, samt utforsket alternative måter å betrakte ting på. Det å kunne gi mening til og forstå sine forestillinger hadde også vært virkningsfullt for noen av pasientene. Én pasient beskrev hvordan han verdsatte diskusjonene som normaliserte hans opplevelser og forklarte hans forestillinger med utgangspunkt i normale, kognitive prosesser. Flere av pasientene nevnte at prosessen opplevdes som et samarbeid mellom terapeut og pasient, mot et felles mål. En pasient beskrev terapeuten som en lærer som hjalp ham å forstå og akseptere sin lidelse.

Pasientene beskrev også hvordan de opplevde en jevnbyrdig relasjon mellom seg og terapeuten som virkningsfull. En pasient vektla viktigheten av å ha en plass der man kan prate åpent om sine problemer og ”lette sitt hjerte ved å snakke om noe”.

Terapeuten hadde gitt dem emosjonell støtte, og en opplevelse av verdighet gjennom å



respektet dem som mennesker med et problem. Med en tillitsfull, aksepterende holdning og en genuin interesse for pasientens erfaringer, fikk pasienten en opplevelse av å bli tatt seriøst og verdsatt av terapeuten.

### Studie 7

Clarke et al. (2004) undersøkte klienters perspektiver på endringsprosesser i kognitiv atferdsterapi. De tok utgangspunkt i fem pasienter (4 kvinner og 1 mann) i alderen 24-56 år. Pasientene var alle diagnostisert med depresjon og hadde gjennomgått behandling med en varighet på 12-20 timer. Forfatterne av denne studien benyttet et semi-strukturert intervju ("The Change Interview", Elliott, 1996).

**Funn.** Gjennom intervjuene identifiserte forfatterne ti kategorier, som igjen ble samlet sammen til tre overordnede kategorigrupper; (1) "Den lyttende terapeut", (2) "The big idea" og (3) "Mer komfortabel med selvet". Sistnevnte omhandler hvordan pasientene følte seg bedre etter terapi, og vil derfor ikke utdypes nærmere her.

Innenfor den første kategorigruppen ble flere virkningsfulle opplevelser som belyser den emosjonelle og mellommenneskelige komponenten ved terapi nevnt. Blant annet beskrev pasientene opplevelsen av gradvis økende investering og engasjement i terapien. En pasient beskrev å føle seg forstått ved at terapeuten dannet seg en forestilling om ham: "Fanget opp ting ved meg, tegnet et lite kart." Dette førte igjen til at pasienten opplevde et større engasjement i prosessen. Den samarbeidende relasjonen ble opplevd som betydningsfull. En pasient eksemplifiserte med at hun ble spurt underveis om noe *ikke* hadde vært til hjelp. Opplevelsen av trygghet var viktig for deltakerne. Flere påpekte at det var viktig med et trygt og fortrolig miljø, der man har mulighet til å åpne seg. En kvinne beskrev hvordan hun følte seg i samvær med

terapeuten, der bruk av humor var virkningsfullt for henne. Forfatterne tolket dette som at bruk av humor var en måte pasienten følte seg nærere og mindre varsom overfor terapeuten på, som i sin tur skapte økt trygghetsfølelse. Ut i fra de overnevnte beskrivelsene mente Clarke et al. at den terapeutiske alliansen, som består av faktorer som: evne til empatisk innlevelse, en samarbeidende relasjon og opplevelse av trygghet, kombinert førte til at pasientene fikk en større forståelse for seg selv og større tillit til prosessen de var en del av.

Den andre hovedkategorien innbefattet spesifikke terapiteknikker og metoder som klientene fant å være til hjelp. Hovedkategorien bestod av fire mindre kategorier. Kategorien kalt ”modellen” var en samling utsagn om hvordan spesifikke teknikker og arbeidsfokus hadde vært virkningsfulle. En pasient nevnte blant annet at modellen som beskriver forholdet mellom tanker, atferd og følelser ble inkorporert i prosessen. Noen beskrev også betydningen av å dele visuelle representasjoner eller metaforer for sine problemer. Kategorien som bestod av utsagn om det å lære seg å håndtere tanker omhandlet mer konkret hvordan pasienten hadde funnet hjelp i for eksempel tankedagbøker og tankeøvelser. Flere beskrev hvordan de således fikk et logisk og fokusert rammeverk for hvordan de kunne håndtere sine problemer. Kategorien ”forstå mønstre og kjerneforestillinger” inneholdt kommentarer om hvordan terapien hadde drevet dem til å revidere sitt syn på depresjon, terapi og seg selv. Innsikt ble oppnådd ved å aktivt tilstrebe større forståelse av seg selv. Tre pasienter nevnte begrepet ”kjerneforestillinger” og hvordan erkjennelse av disse både var overraskende og til hjelp. Siste kategori i denne gruppen utsagn beskrev virkningen av å prøve ut ting. Ut fra pasientenes beskrivelser, syntes forfatterne å se hvordan pasientene har brukt terapimodellen som en slags teknikktreningsprosess, der ferdigheter og innsikt først

innøves for deretter å benyttes utenfor terapitimene. Kategorien inkluderte også utsagn om at pasientene ble mer klar over sine spesifikke problemer og kunne deretter øve på aktiv problemløsning.

## Studie 8

Lilliengren og Werbart (2005) undersøkte hva pasienter opplevde som virksomme faktorer og hva som opplevdes som hindrende faktorer i psykoanalytisk psykoterapi. Utvalget bestod av 22 pasienter (19 kvinner og 3 menn) med en gjennomsnittsalder på 22.5 år. Klientene hadde ulike typer lidelser og hadde mottatt behandling i mellom 7 og 32 måneder. Forfatterne benyttet et semi-strukturert intervju ("Private Therories Interview", Ginner, Werbart, Levander & Sahlberg, 2001).

**Funn.** Analysen resulterte i en modell bestående av 9 hovedkategorier og 16 underkategorier. Tre av kategoriene ble definert som kurative faktorer og to kategorier inkluderte terapeutens innflytelse. De resterende funn vurderes som ikke relevante for den aktuelle problemformulering, og vil derfor ikke gjennomgås her.

(1) *Å snakke om seg selv.* Pasientene beskrev hvordan det å snakke og uttrykke seg i terapien var virkningsfullt på to ulike måter. Den ene måten innebærer det å uttrykke, reflektere og sette merkelapp på tanker og følelser. Flere gav uttrykk for at det føltes godt å snakke om og ventilere tanker og følelser, og denne formen for "snakking" førte til refleksjon over det som ble formidlet. En pasient opplevde for eksempel virkning av det å si noe om seg selv høyt. Pasientene klarte ved hjelp av samtale og bruk av ord å uttrykke og identifisere følelser. På den andre måten ble det "å snakke" til en historiefortellingsaktivitet. Dette innebar å huske, gjennomgå, revidere og bearbeide pasientens personlige historie. Karakteristisk for begge måtene å samtale på var at

pasientene presenterer seg som aktive og initierende handleere, der terapeuten ble opplevd som hjelpsom ved å være ”en lyttende annen”, ”et vitne” og ”en tilstedeværende bakgrunn”.

(2) *Ha et spesielt sted og en spesiell relasjon.* For pasienten ble terapien ”et spesielt sted” og relasjonen ”en spesiell type”. Disse opplevelsene virket sammen som en helhet som ikke kunne skilles fra hverandre. Beskrivelsene av terapien inneholdt uttrykk som: ”et pusterom”; ”en viktig kanal”; ”en nøytral sone” og ”et sted å slappe av”. Videre sentrerte utsagnene seg rundt tre overordnede temaer. Den spesielle emosjonelle atmosfæren inkluderte opplevelsen av å bli akseptert, respektert, støttet og sett av terapeuten. Det å få dele sine problemer med noen, bli lyttet til og bli tatt seriøst bidro til den unike opplevelsen. Av stor betydning var det å få tillatelse til å uttrykke og dele følelser, uavhengig av om de var gode eller vonde. Et annet tema var terapeuten som en ”utenforstående annen”, uten noen relasjon til pasientens familie og venner. Pasientene opplevde at samtaler med terapeuten var annerledes enn samtaler med venner og slektninger: ”En måte å snakke på som du ikke kan gjøre med andre”; ”du trenger ikke være forsiktig og velge de riktige ordene fordi du er redd for å såre noen”. Et siste tema omhandlet det å få tid og kontinuitet: ”Tid er svært viktig ettersom det tar tid å sortere tanker og sette dem sammen”; ”nå har det blitt holdt i live hele tiden, hver uke, så jeg har jobbet med det på en annen måte enn hvis jeg ikke var her”.

(3) *Utforske sammen.* Pasientene beskrev hvordan terapien utspilte seg som et gjensidig samarbeid, med en karakteristisk ”utforskende” kvalitet. Terapeutens deltakelse ble beskrevet med ord som ”stilte spørsmål”, ”oppsummerte”, ”gav nye perspektiver”, ”knyttet ting sammen”, ”påpekte” og ”hjalp meg med å åpne øynene”. Et tilbakevendende tema omhandlet det å granske bakgrunnsfaktorer til pasientens

problemer og finne sammenhenger til deres fortid. Terapeutens intervensjoner synes samtidig å ha oppmuntret til utforskende og selvreflekterende aktiviteter utenfor terapirommet. Andre utsagn omhandlet hvordan terapeuten hjalp pasienten med å oppdage og utfordre selvdestruktive tanker og negative tolkninger av seg selv og verden. Videre ble nevnt hvordan terapeuten fokuserte på hva pasienten ønsket å oppnå i livet, for eksempel ved å stille spørsmål som oppfordret til selvrefleksjon, utforskning og det å ”finne egne svar”. Det utforskende samarbeidet innbefattet også det å ”definere problemer” og målsettingen for behandlingen. Denne strukturen førte til et klarere bilde av vanskelighetene og deretter måter å håndtere dem på.

**(4) Nye relasjonelle erfaringer.** De overnevnte kategoriene var tilknyttet denne kategorien, ved at de tilrettela for pasientens nye relasjonelle erfaringer i terapi. Pasientene fikk hjelp til å overkomme vanskeligheter forbundet med det å snakke om seg selv, og det å ”overkomme” var i seg selv en viktig ny erfaring. Følelsen av trygghet i terapitimene gav pasientene en plattform for å teste ut nye måter å være med og relatere seg til mennesker på. Dette økte sannsynligheten for at pasientene gjorde seg nye relasjonelle erfaringer utenfor terapirommet.

**(5) Å øke selvbevissthet.** Den siste kategorien som tas med fra denne studien, er i grenseland med hensyn til skillet mellom prosess- og utfallsmål. Den omhandlet hvordan kategori 1 og 3 kombinert førte til flere former for terapeutiske effekter. En av disse var hvordan pasientene opplevde å få sortert ut noe som ikke tidligere var klart, som å ”nøste opp tråder” som førte til en større selvkoherens. En annen effekt var det å oppdage mønstre ved sin personlighet og væremåte, og koble dette opp mot familiehistorie. Pasientene opplevde at de fikk utvidet sin selvbevissthet da de internaliserte terapeutens aktiviteter og fortsatte samtalen inne i seg selv.

## Studie 9

Levitt et al. (2006) undersøkte pasientperspektivet ved å fokusere på signifikante øyeblikk i terapien. De ville avdekke komponenter ved terapierfaringen og samtidig identifisere prinsipper som kan anviser terapiprosessen skritt for skritt. Forfatterne intervjuet 26 deltakere (20 kvinner og 6 menn) med et semi-strukturert intervju. Gruppen bestod av pasienter i alderen 18-79 år med ulike lidelser. Med unntak av en pasient som rapporterte å ha vært i terapi i 10 år, hadde resten av utvalget fått individuell psykoterapi i underkant av 1.5 år. Behandlingsvarighet i gruppen var på mellom 1 måned til 10 år, og ulike behandlingsmetoder var blitt benyttet.

**Funn.** En rekke meningsenheter ble identifisert, for deretter å bli fordelt i seks grupper, bestående av flere kategorier og underkategorier. En stor mengde utsagn ble referert i studien. Kun de overordnede kategoriene ble presentert og oppsummert.

**(1) Forpliktelse til terapi.** Denne gruppen utsagn omhandlet oppstarten av terapi. Ettersom flere pasienter rapporterte både redsel og skamfullhet over å begynne i behandling, undersøkte forfatterne hva pasientene opplevde som positivt i denne prosessen. En pasient forklarte at det var til hjelp at hennes terapeut hadde initiert diskusjon rundt hennes terapiforpliktelse og at terapeuten samtidig hadde vist engasjement overfor terapien. På bakgrunn av slike utsagn oppfordret derfor forfatterne til å ha åpne samtaler rundt skam og frykt, da dette var nyttig for pasientene i starten.

**(2) Terapirommet som en refleksjon av terapeutens omsorg.** Denne gruppen utsagn inneholdt pasientenes beskrivelser av hvordan terapiomgivelsene innvirket på deres opplevelser i timene. Flere nevnte at kontormiljøet var av betydning. Opplevelsen av trygghet, velvære og avslapping ble fremmet av fysiske attributter i rommet.

Gjenstander/interiør gav pasientene en følelse av terapeutens personlighet, profesjonalitet og omtanke for dem. Avslappende og kjent miljø ble sagt å gi klientene en følelse av å bli tatt hånd om.

**(3) *Prosessering utenfor timene.*** Pasientene inngikk i en vedvarende selvrefleksjon også utenfor timene. Noen pasienter syntes overgangen mellom hverdagsliv og terapi var utfordrende. Det å bruke tid på å forberede seg før og etter samtaler, eller å bevisst forsøke å bli mindre emosjonell mot slutten av timen, var til hjelp for pasientene i denne forbindelse. Andre rapporterte å være aktivt engasjert i den terapeutiske prosessen også mellom timene, og følte ved dette at terapien gav dem styrke til å opprettholde en reflekterende holdning gjennom den kommende uken. De kunne da lese selv-hjelp-bøker, tenke på den terapeutiske dialogen og stille seg selv spørsmål.

**(4) *Den terapeutiske relasjonen.*** Nær halvparten av deltakerne beskrev meningen, kvaliteten og strukturen ved relasjonen med terapeuten som en sentral og virkningsfull del av terapien. Flere sammenlignet terapeuten med andre betydningsfulle personer i sine liv, som for eksempel nære venner og familie. Pasientenes opplevelser av terapeuten som en ”signifikant annen” ble påpekt som viktig for alliansen. Pasientene opplevde at terapeuten gav dem en forståelse, objektivitet og pålitelighet som de ikke fikk i andre, nære relasjoner. En annen kategori beskrev virkningen av terapeutrelasjonen for klientenes vekst i behandlingen: Terapeuten ble oppfattet som en slags surrogat for andres anerkjennelse. Initialt i terapien førte en økende avhengighet av terapeuten til at pasienten tok avstand fra signifikante andre. En antok at denne avhengigheten ville gradvis minke, da pasienten ble mer selvstendig. Tillit ble også beskrevet som et kjernetrekk ved relasjonen, og terapeutens profesjonelle troverdighet

ble beskrevet som å styrke denne. Klientenes tillit økte dersom terapeuten responderte på en omsorgsfull måte overfor sårbare selvavsløringer. Terapeutene ble oppfattet som å være til hjelp da de viste tiltro til pasientens selvbedømmelse, gav ektefølt omsorg for klienten som person og viste respekt for tempoet pasientene ønsket å følge. Et fjerde tema omhandlet struktur. Her ble det nevnt at struktur i relasjonen gir trygghet og at overtredelse av struktur kan styrke alliansen *dersom* overtredelsen tydeliggjør omsorg. Sistnevnte ble eksemplifisert med en pasient som fikk sitte over tiden ved en spesielt intens time. Endelig ble det nevnt at når pasientene fikk sette seg mål, førte dette til at de opplevde kontroll og myndighet.

**(5) *Terapeutegenskaper.*** De fleste beskrivelsene i denne kategorien var ikke aktuelle for vår problemstilling. Noen kvaliteter ved terapeuten som fremmet terapiprosessen kan likevel nevnes. Disse inkluderte egenskaper som inviterte til større nærhet, for eksempel bruk av stemmen, aksept av klienten, ekthet, oppmerksomhet og empatisk omtanke. Klientene nevnte gjentakende at slike trekk hjalp dem med å åpne seg og gjøre fremskritt i terapien. Noen mente også at en viss grad av emosjonell og personlig selvavsløring fra terapeutens side, kunne virke menneskeligjørende og skape intimitet.

**(6) *Terapeutiske intervensjoner.*** En rekke intervensjoner forfatterne omtalte som spesifikke og ikke-spesifikke, ble beskrevet i intervjuet. Pasienter beskrev flere generelle intervensjoner som var til hjelp, deriblant identifisering av mønstre, undervisning i selvrefleksjon, å bli gitt nye perspektiver, tillatelse til å gjøre emosjonelle erfaringer og ytringer, samt å bli stilt spørsmål ved og bli utfordret på sine meninger. Pasientene beskrev at intervensjoner var til hjelp når de ledet dem inn i en selvreflekterende granskning av deres emosjonelle, kognitive og relasjonelle



uttrykksmønstre. Pasienten nevnte intervensjoner som skriveoppgaver, hjemmelekser, at terapeuten tok notater, målsetting, psykologisk testing, og suicidalkontrakter som en nyttig måte å få uttrykke seg. Intervensjonene viste også at terapeuten var støttende til deres fremskritt og rettet dem til ny innsikt. Generelt ble alle slike spesifikke teknikker husket som virksomme. Terapeutens utspørring, omformuleringer og refleksjoner ble beskrevet å være til hjelp for å utvikle pasientens innsikt og forståelse av seg selv. Terapeutene motiverte pasientene til refleksjon ved å utfordre, tilby nye perspektiver og peke på mønstre ved deres fungering. Det å få uttrykke personlige historier ble beskrevet som en opplevelse av lettelse (katarsis). For flere av pasientene var det å forstå, akseptere og håndtere vanskelige emosjoner en viktig del av terapien. Pasientene beskrev at det å ha en terapeut som tolererte deres emosjonelle opplevelser over tid, førte til kontakt med nye følelser og til ny innsikt. Det å ventilere sinne i terapi ble beskrevet som klargjørende og lettende (katarsis), og latter kunne få pasienter til å skifte perspektiv, styrke alliansen og frigjøre spenning.

## Studie 10

Carey et al. (2007) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse av pasienters synspunkt på hva psykologisk forandring er, og hvordan dette arter seg. Utvalget bestod av 27 deltakere (18 kvinner og 9 menn) i alderen 18-65 år. Pasientene hadde gjennomgått ulike former for terapi, og hadde ulike typer av lidelser.

**Funn.** Pasientene beskrev endring som enten en gradvis prosess, som et ”identifiserbart og uforglemmelig øyeblikk”, eller begge deler. Forfatterne av studien grupperte utsagnene inn i seks overordnede temaer. De to første faller noe utenfor oppgavens rammer, og vil derfor ikke bli gjengitt her.

(1) **Verktøy og strategier.** Verktøy og strategier som bidro til endring inkluderte avspenningsteknikker, å skrive dagbøker, å lage aktivitetskart, psykoedukasjon, hjemmeoppgaver laget av terapeuten og medikamenter. Med unntak av sistnevnte, var det en gjennomgående opplevelse at disse verktøyene gav pasientene følelsen av å få kontroll over sin situasjon.

(2) **Læring.** Flere av deltakerne identifiserte ny læring som en nødvendig del av endringsprosessen. Noen fikk hjelp til ny innsikt, lærte nye måter å betrakte sin situasjon på, og fikk hjelp til å forstå opprinnelsen til sine problemer. Noen oppfattet læringen som en prosess preget av gjentakelse: ”Å snakke i terapien hadde større innvirkning på meg, enn å gjøre hjemmelekser”. Flere nevnte samtidig at læringsprosesser hadde funnet sted, uten at de var klar over det underveis.

(3) **Interaksjon med terapeuten.** Flere av pasientene opplevde at terapeuten hadde en ikke-dømmende holdning. Dette skilte seg betydelig fra hvordan de oppfattet reaksjoner fra familie og venner. Det var betryggende for pasientene at terapeuten ikke hadde noen personlig forbindelse, kjennskap til og forutinntatte oppfatninger om dem. Terapeuten ble da en kilde til hjelp og støtte. Disse faktorene gjorde det igjen mulig for pasientene å få tillit til terapeuten, og de kunne være åpne og ærlige om sin situasjon. De fleste tilskrev likevel endringene hovedsakelig til sitt eget harde arbeid.

(4) **Lindring ved å snakke.** Pasientene understreket betydningen av å endelig få snakke åpent. Dette ble opplevd som en kontrast til spenningen som fulgte det å konstant tenke over problemene. Enkelte deltakere beskrev en enorm frigjøring av å dele følelser og erfaringer som de tidligere ikke hadde fortalt noen om.

Nilsson et al. (2007) gjorde en kvalitativ sammenligningsstudie av pasienters endringserfaringer med kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi (PDT). Utvalget bestod av 31 pasienter (27 kvinner og 4 menn) i alderen 20-65 år. Pasientene som hadde gjennomgått KAT hadde fått behandling med varighet på 2-48 måneder, mens pasientene fra PDT behandlingen fra 18-120 måneder. Pasientene ble intervjuet med et semi-strukturert intervju som dekket seks ulike domener som omhandlet både prosess og utfallsmål. Kun relevante funn gjengis her.

**Funn.** Forfatterne grupperte funnene etter hva som ble oppfattet virkningsfullt uavhengig av metode, samt hva de to gruppene av pasienter rapporterte som virkningsfullt spesifikt for KAT eller PDT.

***Virkningsfulle opplevelser for begge gruppene.*** Uavhengig av hvilken terapimetode pasientene hadde mottatt, ble motivasjon og engasjement fra begge parter opplevd som virksomme faktorer. Pasientene opplevde seg selv som ansvarlige for endringen, men også terapeutene og deres ferdigheter ble ansett som en avgjørende faktor. Pasientene rapporterte at personlig kjemi med terapeuten muliggjorde et grunnleggende tillitsforhold, som igjen gjorde at pasienten kunne konfrontere sin frykt. Det var også viktig at terapeuten hadde skapt nok struktur i timene, da dette tilrettela for konstruktivt arbeid.

***Virkningsfulle faktorer for PDT-pasientene.*** Av virkningsfulle faktorer for endring ble det nevnt å kunne snakke om og reflektere rundt seg selv, og derigjennom finne sammenhenger og mønstre. Pasientene rapporterte at det å virkelig kunne åpne seg, for deretter å analysere alle små deler og så sette det tilbake på riktig plass, hadde vært spesielt til hjelp. Således hadde den virkningsfulle terapien handlet om å finne meningsfulle forklaringer på problemene. En annen virkningsfull faktor for pasientene

var å få hjelp til å utvide sin forståelseshorisont og se ting i en bredere kontekst. Dette hadde ringvirkninger også utenfor selve terapisituasjonen. Terapien ble rapportert å ha aktivert pasientens tenkning om seg selv og deretter startet en prosess med selvrefleksjon. Egenskaper ved terapeuten som ble oppfattet som hjelpsomme var behandlers mottakelighet, emosjonelle støtte, overenskomst med pasienten og tilstrekkelige avstand. Terapeutens ikke-dømmende holdning, utholdenhet og aksept ble også verdsatt. Av tekniske faktorer nevnte denne pasientgruppen terapeutens profesjonalitet og evne til å tilpasse seg øyeblikkelige terapeutiske behov. At terapeuten var tålmodig gav pasientene følelsen av å få bestemme tempoet selv.

***Virkningsfulle faktorer for KAT-pasientene.*** Det å trosse sin egen frykt og bruk av eksponeringsteknikker ble av denne gruppen pasienter oppfattet som avgjørende for endringsprosessen. Flere fant glede i å arbeide sammen med terapeuten. Normalisering, gjentakelse av øvelser og atferd, hjemmelekser, terapeutens direkte forklaringer og avspenningsøvelser bidro til endring. Terapeutens ekspertise og ro ble også nevnt som viktig.

Det kan være grunn til å avslutningsvis påpeke at forfatterne av denne studien rapporterte at pasientene i de ulike gruppene opplevde endringsprosessen noe ulikt. Endring for KAT-pasientene ble beskrevet mer fokusert og spesifikt med hensyn til presenterte problemer og metodene for å få bukt med disse. PDT-pasientenes beskrivelser av endring reflekterte i større grad et bredere perspektiv som involverte hele personligheten. Terapeutrollene ble også beskrevet ulikt. KAT-terapeuten bidro som ekspert med hjelp til målfokus og måloppnåelse, mens PDT-terapeuten gav et trygt rom for samarbeid om det å finne sammenhenger og måter å være på.

## Studie 12

Berg et al. (2008) undersøkte pasienter som hadde mottatt kognitiv atferdsterapi for å holde fast ved sin HIV-medisinerings og for depresjon ved HIV. Utvalget bestod av 14 HIV-smittede pasienter (1 kvinne og 13 menn) i alderen 31-53 år. Forfatterne benyttet et semi-strukturert intervju for å fange opp pasientenes opplevelse av terapien. De undersøkte hovedområdene var: pasientenes generelle erfaringer med behandlingen; pasientens opplevelser av de fem modulene som ble benyttet ved KAT-behandlingen, deres evne til å samarbeide, pasient-terapeut relasjonen og pasientenes evaluering av studien. Relevante funn for vår problemformulering vil bli trukket ut.

**Funn.** Pasientene rapporterte at terapien hadde dempet depressive symptomer og økt bruken av HIV-medikamenter. Da pasientene ble spurt om hvordan terapien hadde bidratt til dette svarte pasientene at den fremmet selvevaluering, hjalp dem å se ting fra et annet perspektiv, den utviklet deres evne til å evaluere seg selv og sine reaksjoner på bestemte situasjoner, gav dem struktur i livet og hjalp dem med å kontrollere sine emosjonelle reaksjoner. Pasientene ble senere bedt om å redegjøre for hvordan de ulike behandlingsmodulene bidro til endring.

***Psykoedukasjon.*** Deltakerne rapporterte at denne delen av terapien hjalp dem med å se koblinger mellom tanker, atferd og emosjoner. Dette gjorde det mulig for pasientene å bryte denne sirkelen. Pasientene rapporterte at de lærte å granske sine egne tanker, for derigjennom å oppfatte situasjoner annerledes. Dette gav dem igjen en følelse av kontroll.

***Aktivering av atferd.*** De fleste pasientene rapporterte at aktivitetsplanen de fikk hadde vært til hjelp. Denne gjorde dem mer oppmerksom på sine aktiviteter, oppfordret dem til å bli mer involvert og fremmet egenbestemmelse av aktiviteter. Noen påpekte at

ved hjelp av aktivitetsplanen ble de mindre oppmerksomme på det triste. Andre bemerket hvordan endring i atferd kunne påvirke tanker og følelser. Denne påfølgende endringen av tanker førte videre til økt selvfølelse og livskvalitet. I tillegg til et høyere aktivitetsnivå, var det flere som opplevde at planen bidro til økt sosialisering, og som i sin tur oppfordret til å bygge og utnytte sosial støtte.

**Kognitiv omstrukturering.** Kognitiv omstrukturering hjalp pasientene med å bli mer objektive i sine forståelser av ulike situasjoner. De klarte da å omstrukturere sine tanker og reagere mer rasjonelt. En pasient beskrev at tankene ble mer produktive og positive, og selv om de forble negative, kunne reaksjonen bli annerledes enn tidligere. Et fåtall av deltakerne fant hjemmelekseoppgavene hjelpsomme.

**Problemløsning.** Flere beskrev at det å bedre evnen til problemløsning var til hjelp, og at denne kunnskapen kunne generaliseres til andre problemstillinger. Pasientene beskrev denne modulen som å være til hjelp i den forstand at den utviklet deres evne til å identifisere problemer, dele opp problemene, utvikle en handlingsplan og deretter overkomme problemene. En pasient uttalte blant annet at det gjorde problemer mer håndterbare og lettere å forstå.

**Avspenningsøvelser.** De fleste synes dette var virkningsfullt. Avspenningsøvelsene gav pasientene mulighet til å skifte fokus, oppnå økt kontroll og virket beroligende ved stress. En pasient beskrev virkningen av å bli mer mottakelig for hva som skjer i kroppen, oppdage at man spenner seg og deretter slapper av. Flere synes det var viktig å ha lydinnspillinger av avslapningsøvelsene.

**Deltakernes reaksjoner på pasient-terapeut relasjonen.** Omtrent alle deltakerne rapporterte tilfredshet med alliansen. Positive aspekter som ble fremhevet var terapeutens evne til å lytte, til å være støttende, deres evne til forståelse og de empatiske

reaksjonene som ble vist overfor pasientens opplevelser. En pasient beskrev blant annet at det var godt å få spørsmål om hvordan han hadde det før de startet opp med planlagt agenda for dagen.

### Studie 13

Binder et al. (2009) gjennomførte en kvalitativ analyse av pasienters opplevelse av en vellykket psykoterapi. Utvalget bestod av 10 tidligere pasienter (9 kvinner og 1 mann) i alderen 27-61 år. Pasientene hadde ulike lidelser og de ulike terapiforløpene hadde en varighet på 1-19 år. De hadde mottatt ulike former for behandling.

**Funn.** Forfatterne av denne studien undersøkte hva pasientene opplevde som det viktigste med hensyn til endringsprosessen i deres respektive terapiforløp. De samlet relevante svar innenfor fire ulike temaer.

*(1) Å ha en relasjon til en klok, varm og kompetent profesjonell.* Et gjennomgående tema for respondentene var opplevelsen av terapeuten som en klok, varm og kompetent person. Dette ble blant annet eksemplifisert med utsagn som: ”Han visste alltid hvordan han skulle få meg til å føle meg trygg”. En annen beskrev hvordan opplevelsen av trygghet ble utviklet gjennom relasjonen hun hadde med terapeuten. Terapeuten hadde tatt ansvar for å gi en passende mengde av kontakt, samtidig som hun formidlet omsorg for pasienten. Kombinasjonen av disse ble oppfattet som terapeutens kliniske visdom. En annen deltaker understreket betydningen av terapeutens personlige egenskaper og opplevde at terapeuten hadde gjort kunnskapen til en del av seg selv. Flere av pasientene rapporterte at de synes det var viktig at terapeuten hadde gode ferdigheter ved utøvelse av spesifikke metoder og teknikker, samt en klar profesjonell holdning. Balansen mellom det å være personlig og fleksibel på den ene siden, og

profesjonell på den andre, var den viktigste faktoren for en av deltakerne. Fra dette så forfatterne at personlige egenskaper hos terapeuten var viktige faktorer for endring, dersom disse ble spilt ut innenfor profesjonelle rammer.

**(2) Å ha en relasjon med kontinuitet, trygghet og håp ved opplevelse av indre uro.** Flere deltakere beskrev betydningen av terapiens stabilitet og varighet. Imidlertid, fant forfatterne at der stabilitet ble ansett som en viktig faktor, kunne den ikke skilles fra positive emosjonelle egenskaper ved relasjonen. Det å være i en langvarig og stabil relasjon med en klok, emosjonelt tilgjengelig og profesjonell terapeut, gav pasienten følelse av trygghet og håp. Flere av pasientene beskrev at stabilitet ble virkningsfullt med hensyn til deres egne opplevelser av diskontinuitet. Den stabile og trygge relasjonen ble således et motstykke til pasientens indre kaos av følelser, tanker, håpløshet og identitetsfølelse. En pasient beskrev hvordan terapeutens nærvær i vanskelige perioder med sterke emosjonelle plager, gav en viktig opplevelse av kontinuitet.

**(3) Å få forestillinger om seg selv og sin relasjonelle verden korrigert.** Mange av pasientene opplevde dette som viktig for endringsprosessen. En pasient uttalte blant annet at terapeuten ”hjalp meg med å korrigere misforståelser om mennesker og hvordan verden fungerer (...) misforståelser som gjorde meg ulykkelig”. En annen pasient så endringene i sine forestillinger om andre mennesker som det viktigste bidraget til hennes behandlingsutfall. Dette var for henne forbundet med hvordan hun og terapeuten hadde utforsket barndomsopplevelser og hvordan disse hadde hatt en dyptgripende virkning på henne og hennes atferd. Det at terapeuten påpekte noe ble nevnt som en virkningsfull endringsfaktor.



(4) *Å skape ny mening og se nye sammenhenger i livsmønstre.* Dette temaet var nært relatert med det ovennevnte. Vellykket endring var for flere ”å se livet på en annen måte”. Å gjøre nye valg av og endringer i atferdsmønstre var en viktig faktor for bedret helse generelt. Allikevel, uavhengig av atferdsendring, var det å skape ny mening, oppdage sammenhenger i livsmønstre og forstå sin livsutvikling viktig i seg selv. En pasient beskrev det nyttige i å se sin historie ovenfra, fra utsiden eller fra en annen vinkel. Det å se ny mening og sammenhenger hadde igjen ført til større selvaksept. En pasient beskrev endringsprosessen som en prosess med indre oppdagelser. Avslutningsvis nevner forfatterne av denne studien at ingen av pasientene beskrev ”innsikt” eller det å skape ny mening som den viktigste terapeutiske endringsfaktoren, men flere anså den som en del av prosessen.

### **Presentasjon av funn i kategorier**

Fra resultatene i de 13 omtalte studiene ble en liste med 209 pasientutsagn som beskriver virksomme aspekter ved terapi, dannet. Ved bruk av en tilnærmet grounded theory tilnærming (Fassinger, 2005), ble følgende seks kategorier identifisert: (a) følelsesmessig utladning/katarsis; (b) terapeutisk relasjon; (c) metode/teknikk; (d) egenskaper ved terapeuten; (e) læring/innsikt/selvutvikling; (f) støtte/emosjonell lindring.

Kategorien (a) *følelsesmessig utladning/katarsis* referer til det å få muligheten til å uttrykke seg, dele tanker, meninger og følelser, og snakke fritt som en viktig del av endringsprosessen. I ni av studiene har pasienter hatt uttalelser som inngår i denne kategorien, men ikke alle forskerne har valgt å opprette en egen kategori for denne typen utsagn. Studie 8 (Lilliengren og Werbart, 2005) har eksempelvis kategorien ”å

snakke om seg selv”, der pasientene beskrev hvordan det å uttrykke seg er viktig av to grunner; for det første fordi det i seg selv føltes godt å få uttrykke tanker og følelser, og for det andre fordi det ble som en bearbeidende historiefortellingsaktivitet. Pasienter i flere av studiene beskrev dette som både utfordrende og godt på samme tid, og at dette var noe terapien ”endelig” gav dem mulighet til, og som resulterte i en følelse av lettelse. Uttalelser som ”å virkelig kunne åpne seg”, ”å endelig bryte stillheten”, ”å få uttrykke sinne” og ”katarsis, å få utløp for spenninger” er eksempler på enheter som ble inkludert.

Kategorien (b) *terapeutisk relasjon* inneholder utsagn som beskriver pasientens relasjon til terapeuten. Relasjon blir nevnt som virkningsfullt i 11 av de 13 studiene. Blant en rekke uttalelser er noen eksempler: ”nye relasjonelle erfaringer”, ”interaksjon med terapeuten, at denne skiller seg fra andre”, ”å ha en relasjon med kontinuitet, trygghet og håp, i kontrast med andre relasjoner og indre uro”, og ”å internalisere terapeutens aktiviteter og fortsette samtalen inni seg selv”. Uttalelsene fra pasientene tyder på at den relasjon man inngår i med terapeuten representerer noe nytt, som er kvalitativt annerledes fra andre relasjoner. Måten man blir møtt på skiller seg fra opplevelser utenfor terapirommet, og kan gi grunnlag for nye positive erfaringer og læring om seg selv og den relasjonelle verden man lever i.

Kategorien (c) *metode/teknikk* representerer ulike strategier, verktøy og intervensjoner terapeuten hadde benyttet, og som pasienten opplevde som bidragsgivende til deres bedring. Alle studiene hadde utsagn som omhandlet metode/teknikk. Eksempler på uttalelser innenfor denne kategorien er ”terapeutisk teknikk”, ”pasienten får råd og tolkninger av terapeut”, ”terapeuten stilte gode

spørsmål” og ”terapeuten gav objektive tilbakemeldinger”. Det å bli validert og å få sine tanker og problemtilstander normalisert, var temaer som ble hyppig benevnt.

Kategorien (d) *egenskaper ved terapeuten* er en kategori som har sterk tilknytning til kategori (b) (terapeutisk relasjon), men som blir en egen kategori med begrunnelse i at terapeuten har egenskaper ved seg som tilrettelegger for en god relasjon. Kategorien inneholder utsagn fra 8 av de 13 studiene. Dette blir derfor en egen viktig kvalitet terapeuten besitter og tar med seg inn i terapisituasjonen. I studie 13 (Binder et al., 2009) omtales kategorien eller temaet ”å ha en relasjon til en vis, varm og kompetent profesjonell”. En pasient beskrev her at hun gikk i terapi i en periode av livet der hun var svært ensom og savnet kontakt med andre. Det ble viktig for henne at terapeuten mestret å gi henne passende mengde kontakt, samtidig som hun kommuniserte omsorg. Binder et al. konkluderte med at egenskaper ved terapeuten ble beskrevet som kritisk for et godt behandlingsresultat, men at dette burde foregå innenfor profesjonelle rammer. Andre viktige egenskaper ved terapeuten som ble nevnt var blant annet at terapeuten var empatisk, brukte humor, var åpensinnet og ikke-dømmende, gikk utenfor de vanlige rammene i terapissituasjonen dersom dette tydeliggjorde omsorg og var oppmerksom på pasients behov.

Kategorien (e) *innsikt/læring/selvutvikling* innebærer ulike nivåer av bevisstgjøring, å tilegne seg ny kunnskap, ny forståelse eller å se noe på en ny måte. Innsikt/læring/selvutvikling omtales i 10 av de 13 studiene. Utsagn som ble inkludert i denne kategorien beskriver at det var nyttig å skille mellom atferd, tanker og følelser, å lære seg å identifisere hva frykt gjør med atferd, og å få revidert sitt syn på depresjon. Kategorien inneholder også beskrivelser av hvordan pasienten opplevde å få ny innsikt i egen historie, endret forståelse av seg selv, og som en forlengelse av dette å få et endret

selv. Kategorien er kompleks, men beskriver hvordan terapi fører til selvutvikling ved å tilføre nye måter å se seg selv og omverdenen på.

Kategorien (f) *emosjonell lindring/støtte* inneholder uttalelser om hvordan pasienten har mottatt aksept og støtte av sin terapeut. Emosjonell lindring/støtte er omtalt i 9 av de 13 studiene. Eksempler på uttalelser er: ”selveksponering møtes av aksept, ros og omsorg”; ”terapeuten trygget og støttet”; ”å føle seg forstått”; ”å bli tatt seriøst”.

### Diskusjon

Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å identifisere og undersøke hvilke faktorer *pasienter* rapporterer som virksomme i terapi. Vi tok utgangspunkt i de 13 studiene presentert ovenfor. Dette resulterte i et bredt spekter av funn, der 209 pasientutsagn ble identifisert. Til tross for at studiene inkluderte pasienter fra begge kjønn, i ulike aldre, med ulike problemer og lidelser, og som hadde gjennomgått ulike former for behandling, har en rekke felles elementer fremkommet i deres betraktninger av endringsprosessen. Med utgangspunkt i pasientenes uttalelser identifiserte vi seks kategorier av virksomme faktorer: (a) følelsesmessig utladning/katarsis, (b) terapeutisk relasjon, (c) metode/teknikk, (d) egenskaper ved terapeuten, (e) innsikt/læring/selvutvikling og (f) emosjonell lindring/støtte. Våre funn er i det store og hele sammenfallende med tidligere forskning, noe som styrker validiteten ved resultatene.

Kategorien (a) følelsesmessig utladning/katarsis inneholder som nevnt muligheten til å få snakke, åpne seg og å få utløp for spenninger. Elliott og James (1989) beskriver lignende funn, der pasientene rapporterer at det å få tillatelse til å

uttrykke seg selv var en viktig virksam faktor i deres terapi. Elliott og James understreker at dette var en av de mest konsistente faktorene de fant, og har valgt å inkludere den i en overordnet kategori som de kaller interpersonlige/affektive aspekter. Katarsis, det å snakke og uttrykke seg har historisk vært et viktig begrep (Kosmicki & Glickauf-Hughes, 1997), og vil av flere oppfattes som grunnleggende i all psykoterapi. Det å uttrykke seg i terapi kan for mange oppleves som en selvfølge, men er en komponent man ikke skal undervurdere viktigheten av. Katarsisbegrepet har vært gjenstand for kritikk når det blir presentert som "uttømming" av emosjoner som over lengre tid har blitt lagret. Likevel, viser våre funn at det å ha noen å snakke med føles godt og danner et viktig grunnlag for terapi. Det kan synes som at mange pasienter opplever det "å snakke" som noe kvalitativt annerledes når det foregår innenfor rammene av en profesjonell behandlingsrelasjon.

Kategorien (b) terapeutisk relasjon inneholder beskrivelser av hvordan forholdet til terapeuten og det å få nye relasjonelle erfaringer har vært virkningsfullt i behandlingen. En god relasjon mellom terapeut og pasient, ofte referert til som arbeidsallianse (Duncan et al, 2010), er en viktig indikator på utfallet av terapi, og kan tenkes å være et tilretteleggende element for at de andre virksomme faktorene i terapi kan være tilstede. Det er verdt å merke seg at alliansen ikke bare er en forutsetning for å utføre virksomme intervensjoner, men at denne også er en forandringsfaktor i sin egen rett (Axelsen & Hartmann, 2008). At det relasjonelle er sentralt for pasientenes oppfattelse av hva som virker i terapi, er i samsvar med tidligere forskning. Strupp et al. (1969) rapporterte som nevnt innledningsvis at terapeuten kan fungere som en modell man bruker i møte med andre mennesker. Funn fra denne brede anlagte litteraturgjennomgangen støtter Strupp et al. sin påstand om at et virksomt element i

terapi er at pasienten skal gjøre seg nye erfaringer og tilegne seg ny kunnskap om relasjoner basert på interaksjon med terapeuten. Pasienten kan således få en korrigerende emosjonell erfaring. At den relasjonelle komponenten i terapi er viktig korresponderer også med det som beskrives i ulike hovedteorier for psykoterapi. Elleve av de 13 studiene vi har inkludert, fant at den relasjonelle komponenten i terapi er svært betydningsfull, noe som kan tyde på at relasjon er grunnleggende på tvers av ulike terapimetoder og situasjoner pasientene befinner seg i (terapeutisk G-faktor). Til tross for at betydningen av relasjon var et konsistent funn, var det overraskende få uttalelser som omhandlet relasjon i vår oppsummeringsliste, sammenlignet med for eksempel antall uttalelser i kategorien (c) metode/teknikk. I denne sammenheng blir det viktig å påpeke at et høyt antall uttalelser innenfor en kategori ikke nødvendigvis er synonymt med at det er mer støtte for kategoriens gyldighet. At vi finner et høyt antall uttalelser innefor en kategori kan skyldes at gjengivelsene av pasientutsagn er et resultat fra studier som allerede har oppsummert, kategorisert og gjengitt pasientenes utsagn. Følgelig vil ikke antallet uttalelser reflektere den reelle mengden med pasienter som har påpekt noe som viktig for sin terapi. Våre vurderinger av hvilken kategori et utsagn passer inn under, vil også påvirke mengden utsagn i en kategori.

Kategorien (c) metode/teknikk omhandler verktøyene, strategiene og intervensjonene som beror på terapeutens faglige kompetanse. Denne kategorien er sammensatt, og består av et stort antall uttalelser som både varierer i innhold og i hvor konkrete redegjørelsene er med hensyn til den spesifikke teknikk som er benyttet. Likevel vurderer vi det som riktig å ha en slik kategori når svært mange av uttalelsene fra pasientene klart beskriver teknikker og terapeutens faglige kompetanse. Uttalelser som ”terapeutisk teknikk” og ”terapeutens ekspertise og forklaringer” er eksempler på

svært generelle beskrivelser. Dette forteller oss at pasienter er opptatt av terapeutens faglige ekspertise og at de oppfatter denne som et element i bedringsprosessen. Eksempler på mer spesifikke betraktninger som er gitt, er: ”pasienten får råd og tolkninger av terapeut” og ”terapeuten stilte gode spørsmål”. Disse uttalelsene er mer konkrete enn de førstnevnte, men kan ikke sies å være spesifikke for en terapeutisk orientering, som for eksempel kognitiv eller psykodynamisk. Med stor sannsynlighet vil de være gjenkjennbare på tvers av behandlingstilnærminger som pasientene tilbys, og representerer viktige elementer i de fleste terapiforløp. Det er kjent fra psykoterapilitteratur at de spesifikke terapifaktorene betyr mindre enn de felles ingrediensene som er like eller lignende på tvers av behandlingstilnærminger (Duncan et al., 2010). Noe overraskende viser funn fra flere av studiene at pasientene beskrev spesifikke intervensjoner som i større grad kan tenkes å tilhøre en bestemt behandlingsteknikk eller tradisjon. For eksempel nevnes ”kognitiv restrukturering”, ”å trosse egen frykt ved bruk av eksponeringsteknikker”, ”avslapningsøvelser”, ”repetere øvelser av atferd”, ”å granske bakgrunnsfaktorer til pasientens problemer, se sammenhenger”, og ”terapeuten hjalp pasienten med å oppdage og utfordre selvdestruktive tanker og fortolkninger om seg selv og verden”.

I studie 9 (Nilsson et al., 2007) blir det hevdet at den store mengden kvantitativ forskning i liten grad klarer å si noe om forskjeller mellom ulike terapimetoder. De antar at en kvalitativ tilnærming ville kunne gi et rikere bilde av ulike virksomme faktorer som er spesifikke for forskjellige terapimetoder. I vår litteraturgjennomgang har vi inkludert studier med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Dette kan ha vært årsaken til at så mange spesifikke beskrivelser av teknikk har blitt avdekket. Funnene våre er likevel i samsvar med lignende studier som finner at pasienter hyppigst angir

faktorer som er felles ved ulike tilnærminger, som virksomme (Strupp et al., 1969). De fleste tiltakene nevnt i vår liste er ikke spesifikke for en bestemt tilnærming, og kategorien som omhandler teknikk/metode er bare en av flere viktige kategorier.

”Metode/teknikk” er relativt sterkt representert ettersom den inneholder flest pasientutsagn. Dette er interessant med tanke på at behandlingslitteratur hevder at metode og teknikk er mindre betydningsfullt for behandlingsutfall (Rosenzweig, 1936; Strupp et al., 1969; Duncan et al., 2010; Nissen Lie, 2012). Som nevnt, vil ikke en kategori nødvendigvis være mer betydningsfull enn andre, bare avhengig av antall utsagn den inkluderer. Det kan være flere forklaringer på dette. For eksempel vil det for pasientene kunne være lettere å konkretisere teknikker i motsetning til mer abstrakte elementer som relasjon og katarsis. Når noe er lettere å konkretisere, vil det samtidig kunne være lettere å nevne dette i et intervju. I tillegg er vår gjennomgang gjengivelser av andres kategorisering. Dermed kan det, som nevnt, tenkes at det reelle antall uttalelser innenfor andre kategorier ikke er gjengitt. Likevel er det verdt å merke seg at pasienter i så stor grad har rapportert teknikk og metode som virkningsfullt.

Kategorien (d) egenskaper ved terapeuten viser til personlige kjennetegn og attributter hos den respektive behandler. Elliott og James (1989) valgte å ha fasiliterende egenskaper ved terapeuten som en egen underkategori av interpersonlige/affektive aspekter, noe som samsvarer godt med våre funn fra de 13 studiene. At terapeutegenskaper er av stor betydning for utfallet av terapi er kjent fra teorier om fellesfaktorenes rolle i behandling. Duncan et al. (2010) hevder at kjennetegn ved klinikerens som utfører behandlingen forklarer en større andel av variansene i utfall, enn den spesifikke behandlingen som blir gitt. Noen terapeuter er gjennomgående mer effektive enn andre, noe som i faglitteraturen ofte blir referert til som terapeuteffekter.



I vår studie fant vi få utsagn om egenskaper ved terapeut, sammenlignet med for eksempel teknikk/metode. Vi anser likevel betydningen av terapeutegenskaper som viktige for behandlingsutfall. Terapiprosessen er dynamisk og egenskaper ved terapeuten vil kunne legge til rette for andre elementer. For eksempel vil personlige egenskaper avgjøre hvor dyktig terapeuten er til å danne allianser med pasientene, noe som i sin tur vil kunne danne grunnlag for å arbeide med teknikk og metode. Det kan være flere årsaker til at det foreligger få utsagn innenfor denne kategorien. For pasientene kan det være vanskelig å verbalisere hvordan terapeuten som person innvirker på deres behandling. Samtidig kan det tenkes at pasienter tar personlige egenskaper og kjennetegn ved ”den gode terapeut” for gitt.

Kategorien (e) innsikt/læring/selvutvikling innebærer nivåer av bevisstgjøring, å tilegne seg ny kunnskap, ny forståelse, eller å se noe på en ny måte. Kategorien sammenfaller med underkategorien selvforståelse og innsikt som Elliott og James (1989) beskriver i sin litteraturgjennomgang. Som nevnt innledningsvis, var formålet med vår studie å belyse aspekter ved terapi som er virkningsfulle i følge pasienter, ikke hva som har blitt bedre eller hvilke endringer som har skjedd. Denne kategorien inneholder flere utsagn der det er vanskelig å skille mellom prosess og utfall, og pasientene er lite konkrete i sine beskrivelser. For eksempel er utsagnet ”å tilegne seg mer kunnskap” nevnt. Dette utsagnet sier lite om *hvordan* pasienten tilegnet seg kunnskapen eller *hvilken type kunnskap* som var nyttig for pasienten, og fremstår derved mer som et resultat eller utfall av terapi. Likevel kan det tenkes at pasientene har hatt nytte av den særlige kunnskapen terapeuten besitter, og at økt forståelse av egen lidelse var et viktig element i bedringsprosessen. Vi fant en mengde utsagn som omhandlet

læringsselementer, noe som understreker betydningen av og pasientenes anerkjennelse av psykoedukasjon, mestrings- og utviklingsaspektet.

Kategorien (f) emosjonell lindring/støtte omhandler det å bli forstått, lyttet til, bekreftet av terapeuten, og å sammen med terapeuten sortere og bearbeide emosjonell bagasje. At disse faktorene rapporteres som virkningsfulle er konsistent med litteratur om behandling (Greenberg, 2008), og sammenfaller med lignende studier som undersøker pasientenes perspektiv (Elliott & James, 1989). I følge Greenberg (2008) er det nødvendig at pasienter mottar støtte og arbeider med emosjonelle erfaringer for å oppnå en reorganisering av sin oppfatning av virkeligheten, noe som i sin tur vil føre til endringer i atferd og kognitiv fungering. I studie 5 (Paulson & Worth, 2002) ble det diskutert hvordan det var avgjørende for pasienters bedring å få støtte til å arbeide med de intense emosjonene som gjerne ligger til grunn for suicidalatferd. Pasienter beskrev hvordan vanskelige følelser av hjelpeløshet og fortvilelse ble opprettholdt gjennom negative interaksjoner og underkjennelse fra andre. Det ble dermed påpekt viktigheten av anerkjennelse og fokus rettet mot disse vanskelige følelsene i terapi for å kunne komme seg videre. Det kan oppfattes som åpenlyst og selvfølgelig at det å bli støttet og oppleve emosjonell lindring er tilstede i terapi. Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen understreker at dette aspektet ved terapi er uvurderlig og dekker et menneskebehov som ikke nødvendigvis er noe alle opplever i de relasjonene som de vanligvis inngår i. Pasientene påpeker samtidig gjentatte ganger at den støtten de får i terapi oppleves profesjonell, i den forstand at støtten gis av en nøytral, ærlig og respektfull terapeut.

Kategoriene vi har presentert oppsummerer det pasientene opplever som sentralt i sin bedringsprosess og gir et godt konseptuelt rammeverk for retningslinjer over hva

som er signifikante hendelser i terapi. Hver kategori inneholdt utsagn fra de fleste studiene, noe som underbygger kategoriernes validitet og repliserbarhet. Rasjonale bak å undersøke og kategorisere pasientenes vurderinger av terapi er å klargjøre hvilke prosesser som er hensiktsmessige i behandlingen, slik at dette igjen kan bidra til økt forståelse av hvordan psykoterapi fungerer. Til tross for at det kan virke kunstig og forenkende å kategorisere den store mengden funn fra en slik bredspektret litteraturgjennomgang, er kategoriene nødvendige for å formidle og tydeliggjøre funnene. Det blir med dette spesielt viktig å ta i betraktning at hver kategori ikke er entydig, men inneholder en mengde pasientutsagn som kan ha ulikt meningsinnhold. Ingen av uttalelsene ble plassert i mer enn én kategori, til tross for at flere av pasientutsagnene er utfordrende å plassere og kan med rette passe inn i flere kategorier. Funnene fra denne litteraturgjennomgangen samsvarer med funn gjort fra lignende tidligere studier referert innledningsvis (Hodgetts & Wright, 2007; Elliott & James, 1989; Strupp et al., 1969), og kategoriene er forenelige med tidligere etablerte oppfatninger av hva som er virkningsfullt ifølge psykoterapiforskning (Duncan et al., 2010; Lambert & Cattani-Thompson, 1996).

Selv om kategoriene i stor grad blir presentert og diskutert hver for seg, er det viktig å påpeke at de må forstås som viktige elementer i et samspill. Det vil være interessant å diskutere kategoriene som er basert på pasientutsagn i lys av debatten om spesifikke faktorer og fellesfaktorer, siden denne vanligvis omhandler faktorer basert på terapeuters vurderinger (Lilliengren & Werbart, 2005). De fleste kategoriene våre, emosjonell utladning/katarsis, terapeutisk relasjon, egenskaper ved terapeuten, læring/innsikt/selvutvikling og støtte/emosjonell lindring, omhandler faktorer som ikke er spesifikke for én terapeutisk tilnærming, og kan dermed benevnes som fellesfaktorer.

Kategorien teknikk/metode inneholder de beskrivelsene av virksomme faktorer som i større grad kan knyttes opp mot teknikker spesifikke for en bestemt behandlingstilnærming. I følge Tildens' (2012) artikkel om spesifikke og generelle faktorer hevdes det at spesifikke faktorer ofte tilskrives kun 8-15% av effektiviteten av terapi. Wampold og Budge (2012) nevnes her å være kritisk til en slik prosentvis klassifisering, som de hevder bidrar til en ufruktbar polarisering. De presenterer en mer nyansert modell, der fellesfaktorene i terapi anses som et "nødvendig grunnlag for gjennomføring av spesifikke tilnærminger", og at de mer spesifikke tilnærminger står for den "tyngste jobben" som tilfører profesjonalitet og gjør det meningsfullt å kalle det terapi. Funnene våre indikerer at pasienter i stor grad legger merke til, og gjør seg nytte av teknikker terapeuten presenterer.

### **Pasientperspektivet**

Ettersom vi i denne studien ønsket å ta utgangspunkt i pasientperspektivet, ble det aktuelt å se om de 13 studiene vi har basert kategoriene våre på, i tilstrekkelig grad faktisk oppfyller dette. Som nevnt innledningsvis har Macran et al. (1999) identifisert to forhold som definerer hva det innebærer å innta pasientperspektivet. Det første innebærer at forskere bør anerkjenne at pasientene er individer med egne overbevisninger og verdier, som i sin tur bidrar til den terapeutiske prosessen. Samtlige gjennomgåtte studier har tatt utgangspunkt i pasientenes forestillinger og vektlagt betydningen av disse. Studiene våre oppfyller således ovenfor nevnte krav. Det andre forholdet omhandler hvorvidt denne anerkjennelsen blir til handling. Dette innebærer at pasientenes erfaringer bør bli formidlet upåvirket av forskernes overbevisninger. Dette kravet er innfridd til en viss grad. En kvalitativ tilnærming kan være mer åpen for påvirkning av forskerens subjektivitet (Lilliengren & Werbart, 2005). Paulson et al.

(1999) kritiserer for eksempel studien til Willcox-Matthew og Minor (1997). Kritikken gikk på at studien sammenlignet pasientresponser med et kategorisk system forhåndsutviklet av forfatterne. Dette, hevder kritikerne, innskrenker forståelsen av terapiprosessen til konsepter forenelig med forfatternes begrepsmessige rammeverk. Binder et al. (2009) påpeker at deres teoretiske ståsted kan ha aktivert en spesiell oppmerksomhet og sensitivitet overfor relasjonelle fenomener som fører til endring, noe de kaller en ”relasjons-faktor”-bias. De ser allikevel at dette også kan være en fordel, med hensyn til at dette muliggjør en bedre oppfølging og utforskning av pasientenes beskrivelser.

Nilson et al. (2007) sendte ut et brev som inneholdt informasjon om de kommende intervjuene i et forsøk på å stimulere deltakernes tanker om temaet. Forfatterne tenkte at en slik forberedelse ville bidra til å generere mer verdifullt materiale i intervjuene. Deltakerne ble bedt om å tenke over blant annet hvordan livet var før terapi, hvordan de hadde det nå, og hvordan terapi hadde hjulpet eller ikke hjulpet. En slik forberedelsesprosess kan være gunstig for å igangsette refleksjon og tanker om terapiforløpet. I tillegg la forfatterne ved ulike ”tilleggs-stimuli” der pasientene for eksempel ble bedt om å huske hvordan kontoret så ut, hvordan de oppfattet terapeuten og hvordan de og terapeuten var kledd. Vi tenker at spesifikke spørsmål av denne typen vil kunne legge føringer for hvordan pasienten gjenkaller og beskriver virksomme faktorer. Flere av utsagnene i litteraturgjennomgangen inneholder beskrivelser av rom og miljø, og det kan tenkes at dette er betydningsfulle faktorer. Men et forhåndsgitt fokus vil kunne påvirke hukommelsen. Pasientens erfaringer blir i så tilfelle ikke formidlet upåvirket av forskernes antakelser.

Som ved all kvalitativ forskningsmetodikk vil bakgrunn og forforståelse hos forskeren påvirke de analyser som gjøres (Clarke et al., 2004). Dette vil også berøre vår litteraturgjennomgang, da det blir benyttet kvalitative metoder i alle de utvalgte studiene. Imidlertid, ville a priori hypoteser, som er vanlig innenfor kvantitative tilnærminger, vært innskrenkende for å fange opp rene erfaringsbeskrivelser fra pasientene. Siktemålet for vår studie var å få en oversikt over endringsprosessen basert på pasientopplevelser, heller enn å basere seg på forhåndsoppstilte ekspertmodeller. En kvalitativ og fenomenologisk orientert tilnærming har fordelen av å komme nærmere de narrative konstruksjoner ved hvert enkelt, unike individ, i motsetning til når man systematiserer i fastsatte og forhåndsoppgitte skjemaer (Lilliengren & Werbart, 2005). Det ble derfor viktig for vår litteraturgjennomgang å ta utgangspunkt i studier med hovedsakelig kvalitative tilnærminger.

Feifel og Eells (1963) påpeker samtidig utfordringer forbundet med den fenomenologiske metode. Verken pasienter eller terapeuter er upåvirkede observatører. De varierer med hensyn til hva de kan og vil rapportere. Det eksisterer gjerne et samtidig ønske om suksess, samt en villighet til å blidgjøre terapeuten. Også Hathaway (1948) sin såkalte "hello-goodbye"-effekt kan virke inn, der pasientene overdriver sine problemer før behandling og minimerer sine problemer ved endt behandling, fordi de oppfatter at dette er ønskelig. Endelig må vi ta i betraktning at både pasienter og terapeuter kan være uvitende om hvilke aspekter ved terapi som faktisk er ansvarlige for opplevd bedring, at man kan attribuere suksess til irrelevante faktorer og overse de som har meningsfull og varig effekt. Noen av utfordringene vil imidlertid kunne overvinnes hvis for eksempel pasientene er sikret konfidensialitet ved sine beskrivelser, og dersom intervjuene gjennomføres og gjennomleses av andre enn pasientenes respektive

terapeuter (Feifel & Eells, 1963). De inkluderte studiene har alle forsøkt å gjøre slike typer forsikringer, noe som styrker de respektive studiers validitet. Pasientene er rekruttert utenfra forskernes egen praksis, de har ikke forsket på egne pasienter. Messari og Hallam (2003) rapporterte imidlertid at forskerens posisjon som klinisk psykolog muligens kunne påvirke pasientenes beskrivelser. Pasientene kan følgelig da ha følt seg forpliktet til å skildre terapien i mer positive termer enn de ellers ville ha gjort.

Forfatterne stiller spørsmål ved om pasientene hadde gitt andre beretninger, dersom intervjuene hadde blitt utført av andre enn helsearbeidere, under andre omstendigheter. Denne bekymringen vil i så tilfelle gjelde alle de inkluderte studiene. Det bør likevel understrekes at deltakerne i Messari og Hallam (2003) sin studie var psykosepasienter, og det kan spekuleres i om disse er mindre tillitsfulle enn gjennomsnittspasienten.

Uavhengig utfordringene knyttet til innsamling og analyser, er det i all hovedsak pasientene som har den sterkeste posisjonen for å kunne uttale seg. Det var pasientenes stemme vi ønsket å høre.

Det bør nevnes at noen av studiene inkluderte en kritikkverdig gjengivelse av pasientenes beskrivelser. Å inkludere lange utredninger ville vært meningsløst, men enkelte av studiene hadde en relativt begrenset oppsummering av funnene. Eksempelvis hadde Feifel og Eells (1963) gjengitt sine funn som kun kortfattede stikkord. Dette gir lite konkret informasjon om hva som faktisk har kjennetegnet terapien og hvordan faktorene har vært virksomme. I så tilfelle, kan vi ha gått glipp av interessante endringsfaktorer.

To av de inkluderte studiene (Paulson et al., 1999; Paulson & Worth, 2002) har benyttet "concept mapping". Dette innebærer tre grunnleggende prosesser: pasienten genererer idéer, tanker eller opplevelser rundt et spesifikt spørsmål eller en selvrappport.

Deretter setter de sammen og kategoriserer disse i et antall grupper. Til slutt gjør forfatterne statistiske analyser eller mønsteranalyser av pasientenes grupper. Ettersom kategoriene deles inn av pasientene, tenker forskerne at dette vil sikre validiteten ved studien og redusere undersøkernes bias. Paulson et al. (1999) påpeker imidlertid at da de ba pasientene kategorisere sine opplevelser, førte dette til at deres opplevelser ble påtvunget en struktur. De understreker at det er viktig å huske på at denne strukturen ikke er statisk eller stillestående. Til tross for at forskerne ved disse to studiene lot pasientene kategorisere selv, var resultatene fremdeles sammenfallende med funn fra de resterende 11 studiene i vårt utvalg.

### **Begrensninger ved de inkluderte studiene**

Samtlige av våre studier har benyttet semi-strukturerte intervjuer med relativt åpne spørsmål. Dette var avgjørende for å oppfylle kravet til pasientperspektivtakning. Det er allikevel utfordringer knyttet til å stille åpne spørsmål (Feifel & Eells, 1963). Responser kan være vanskelig å kategorisere nøyaktig på grunn av kompleksiteten eller utydligheten ved pasientenes beskrivelser. Vi opplevde for eksempel ved flere tilfeller at utsagnene i vår liste kunne passet inn i flere av kategoriene. Viktige variabler kan ignoreres grunnet uaktsomhet eller forglemmelse, av både pasienter og forskerne. Respondenter kan i tillegg fortolke sine opplevelser på et varierende nivå, noe som igjen gjør det vanskelig å sammenligne beskrivelsene. Overføring av rike og kompleks data skaffet gjennom åpne spørsmål til målbare kategorier medfører en viss grad av overforenkling og forvrengning av mening. Likevel bidrar det til en dypere innsikt i terapiprosessen. Svarene på åpne spørsmål hjelper oss med å *forstå* den subjektive meningen ved andre menneskers erfaringer.



Datainnsamlingen i de 13 utvalgte studiene er både retrospektiv av natur og baserer seg på selvrapporter. Tilbakeskuende rapportering kan resultere i at viktige aspekter eller nyanser ved spesifikke opplevelser blir glemt eller feilhusket. Rapporter kan også være fordreiet av ”response set”, tidligere eksisterende forestillinger og pasientenes eventuelle selvbevarende stil (Paulson et al., 1999). Flere av de inkluderte artiklene nevner også at deres kvalitative tilnærming har basert seg på små og homogene utvalg. Dette sikrer oss et rikere og mer dyptgripende materiale, men kan samtidig gjøre funnene våre mindre generaliserbare.

### **Begrensninger ved litteraturgjennomgangen**

Denne litteraturgjennomgangen har basert seg på annenhåndsinformasjon ved at vi har gjengitt andres gjengivelser. På den måten vil resultatene kunne bære preg av å bli forenklet, begrenset, og muligens feilreferert. En bedre gjengivelse hadde vært mulig dersom vi hadde tatt utgangspunkt i alle de 13 studiene sitt råmateriale. Dette hadde imidlertid vært svært omfattende og vanskelig å få gjennomført. En litteraturgjennomgang får en naturlig begrenset datamengde, da forskere legger føringer for hva andre kan gjennomgå av deres presenterte materiale. Det blir da viktig at man med forsiktighet tolker sine resultater, og er oppmerksom på de begrensningene som er med en slik analyse av et antall allerede publiserte enkeltstudier.

Litteraturgjennomgangen vår har hatt et klart og målrettet fokus for å identifisere faktorer og kategorier som besvarer vår problemformulering. Det kan være fare for å bli sneversynt, når man konsekvent leter etter likheter og søker svar på et spørsmål. I vårt arbeid med å kategorisere funnene kan vi ha oversett motsigelser, og tillagt

pasientutsagn feilaktig mening. Imidlertid, synes det i det store og hele å være betydelige overlappinger av faktorer.

### **Kliniske implikasjoner**

Å identifisere virksomme terapifaktorer for pasienter er viktig kunnskap for psykologers behandlingsarbeid og kliniske yrkesutøvelse. Temaene som fremkommer kan sensibilisere terapeuter overfor de store variasjonene av pasientopplevelser (Elliott & James, 1989). Man har sett at det kan eksistere stor diskrepans mellom pasienten og terapeuten sine forestillinger (Caskey et al., 1984). Ettersom store deler av pasientens opplevelser er ukjent, bør man som terapeut ikke anta at man vet hva pasienten faktisk opplever. Terapeuter burde oftere spørre pasientene om deres erfaringer. Pasienter kan underrapportere både negativ og positiv påvirkning (Elliott & James, 1989). Lilliengren og Werbart (2005) fant i sine studier at pasienten ble værende i sin terapi, til tross for opplevd misnøye. Det terapeutiske samarbeidet kan derfor optimaliseres ved at terapeuten aktivt sjekker sine forestillinger om bedringsprosesser og sin forståelse av samarbeidet opp mot pasientens perspektiv. I følge Messari og Hallam (2003) finnes det en makt-ubalanse i den terapeutiske relasjonen. De tenker at en slik asymmetrisk relasjon vil kunne gjøre det vanskelig for pasientene å uttrykke sine ønsker og behov. Med tanke på vår tids fokus på brukermedvirkning, vil resultater fra forskning på pasientperspektivet være et nødvendig bidrag. Fenomenologisk utforskning av pasientbeskrivelser synes å være en verdifull informasjonskilde som kan beriktige eller utvikle de mer formelle, byråkratiske eller teoretisk fastlagte oppfatninger og kriterier for behandlingsevaluering og mental helse (Binder et al., 2010). Likheter og uoverensstemmelser mellom pasientenes og terapeutenes implisitte teorier om bedring

bør diskuteres fra oppstart av behandlingen. En slik utforskning og forhandling kan i seg selv være en innflytelsesrik endringsagent (Lilliengren & Werbart, 2005).

I vår litteraturgjennomgang har vi identifisert en rekke faktorer som er virksomme i terapi, men det er viktig å huske på at disse kombinert ikke nødvendigvis *må* være til stede for å oppnå et godt behandlingsresultat for alle pasienter. Et behandlingsforløp må så langt det er mulig skreddersys for hvert individ. Pasienters rapporterte opplevelse av hva som fører til endring kan bidra til å forbedre psykoterapi og underbygge våre teorier om behandlingsmetodikk (Levitt et al., 2006). Ved å vurdere pasientresponser mer systematisk og inkorporere disse i fremtidige intervensjoner, kan forskere og klinikere gjøre det mulig å optimalisere virkningen av sine intervensjoner (Berg et al., 2008). Det er vanskelig å vite nøyaktig hva det er ved disse faktorene som hjelper, og en enkel oppsummering av faktorene kan ikke brukes som oppskrift på suksess. Imidlertid vil resultatene kunne bidra til en økt bevisstgjøring av hvilken opplevelse pasienten sitter igjen med ved endt terapi. Dersom behandling blir mer konsistent med det pasientene rapporterer er virksomme endringsfaktorer og prosesser, bør dette bidra til mer effektiv terapi (Carey et al., 2007).

### **Videre forskning**

Vi anser pasientperspektivet som kilde til en rikere forståelse av psykoterapi. Videre forskning bør vektlegge bruk av kvalitativ tilnærming, for best å fange opp de rike og mangfoldige oppfatningene som pasientene beskriver. Flere av beskrivelsene pasientene gav, var generelle og lite informative. Mer konkrete utsagn om hva nøyaktig som hjalp og hvordan dette kom til hjelp bør være inkludert. Nesten alle gjennomgåtte studier hadde innhentet data retrospektivt. Det kan tenkes at det vil være mer fruktbart å

spørre pasienter om deres erfaringer underveis gjennom hele terapiforløpet, slik at man kan oppnå et mer umiddelbart bilde av pasientenes opplevelser av hva som bidrar til endring (Clarke et al., 2004). Dette kan sikre at pasientene gir rikere beretninger og bedre gjengivelser av hendelser i terapien. Det kan også være interessant å se nærmere på koblingen mellom prosess og utkomme.

### **Konklusjon**

Med denne litteraturgjennomgangen ønsket vi å belyse hvilke faktorer pasienter opplever og beskriver som virksomme i et behandlingsforløp. Resultatene viste at faktorene som ble rapportert sentrerte seg rundt seks overordnede kategorier: (a) følelsesmessig utladning/katarsis, (b) terapeutisk relasjon, (c) metode/teknikk, (d) egenskaper ved terapeuten, (e) innsikt/læring/selvutvikling og (f) emosjonell lindring/støtte. Kategoriene representerer både fellesfaktorer og spesifikke faktorer i terapi og bør forstås som viktige elementer i et samspill som tilrettelegger for og som skaper endring. Våre funn sammenfaller i det store og det hele med tidligere forskning på hva pasienter opplever som virksomt i behandling. Dette styrker funnenes reliabilitet og validitet.

Det er vanskelig å si noe om hva som fungerer i terapi uten å innhente informasjon om subjektive erfaringer direkte fra pasienten. Kunnskap om dette kan bidra til å forbedre metodene i psykoterapi og øke terapeuters bevissthet om hva som er nyttig for pasientene. Å inkludere pasientenes egne erfaringer i forskning er nødvendig hvis kravet om brukerstyrte tjenester skal oppnås og bør være sentralt i et moderne psykoterapifelt. For å oppnå mer nøyaktig kunnskap om endringsskapende faktorer blir det i fremtiden nødvendig å gjøre flere undersøkelser på dette feltet og at flere tar i bruk

kvalitative tilnærminger. Det vil også være av stor betydning at forskere innhenter flere spesifikke skildringer av endringsprosessen.

### Referanseliste

- Axelsen, E. D., & Hartmann, E. (2008). Pasienten som veiviser i det terapeutiske terreng. Av E. Hartmann. (Eds.), *Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi*. (s.175-199). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Axelsen, E. D., & Hartmann, E. (2008). Psykiske problemer og psykoterapi i lys av moderne interpersonlig psykoanalyse. Av G.H. Nielsen. (Eds.), *Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi*. (s. 23-44). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Berg, C., Raminani, S., Greer, J., Harwood, M., & Safren, S. (2008). Participants' perspectives on cognitive-behavioral therapy for adherence and depression in HIV. *Psychotherapy Research*, 18(3), 271-280. doi: 10.1080/10503300701561537
- Binder, P-E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250-256. doi: 10.1080/14733140902898088
- Binder, P-E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2010). What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, 20(3), 285-294. doi: 10.1080/10503300903376338
- Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K., & Spratt, M. B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative

- investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 178-187. doi: 10.1080/14733140701514613
- Caskey, N.H., Barker, C., & Elliot, R. (1984). "Dual perspectives": Clients' and therapists' perception of therapist responses. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 281-290. doi: 10.1111/j.2044-8260.1984.tb01302.x
- Christiansen, B. (1960). Metodologiske problemer ved forskning over virkningen av psykoterapi. *Nordisk psykologi*, 6, 367-384. Hentet fra: <https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/690/nordisk%20psykologi%201960.pdf?sequence=1>
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 67-89. doi: 10.1348/147608304322874263
- Connolly, M.B., & Strupp, H.H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6, (1), 30-42. doi: 10.1080/10503309612331331558
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. & Hubble, M.A. (2010). Introduction. Av M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller, & B.E. Wampold. (Eds.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy*. (s.23-46). (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. & Hubble, M.A. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. Av A.C Bohart & K. Tallman. (Eds.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy*. (s.83-111. (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. & Hubble, M.A. (2010). Clients: The therapeutic relationship. Av J.C. Norcross. (Eds.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy.* (s.83-141). (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467. doi: 10.1016/0272-7358(89)90003-2
- Fassinger, R. E. (2005). Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 156-166. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.156
- Feifel, H., & Eells, J. (1963). Patients and therapists assess the same psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27(4), 310-318. doi: 10.1037/h0046645
- Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of effect. *Canadian Psychology*, 49(1), 49-59. doi: 10.1037/0708-5591.49.1.49
- Hathaway, S. R. (1948). Some considerations relative to nondirective counseling as therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 226–231. doi: 10.1002/1097-4679(194807)4:3<226::AID-JCLP2270040303>3.0.CO;2-V
- Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)* Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf>

- Hodgetts, A., & Wright, J. (2007). Researching Clients' experiences: A review of qualitative studies. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 14, 157-163. doi: 10.1002/cpp.527
- Kosmicki, F.X., & Glickauf-Hughes, C. (1997). Catharsis in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 154-159. doi: 10.1037/h0087724
- Lambert, M. J., & Cattani-Thompson, K. (1996). Current findings regarding the effectiveness of counselling: Implication for practice. *Journal of Counselling and Development*, 74, 75-82. doi: 10.1002/j.1556-6676.1996.tb02299.x
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. doi: 10.1037/a0030682
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324. doi: 10.1037/0022-0167.53.3.314
- Lilliengren, P., & Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 324-339. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.324
- Macran, S., Ross, R., Hardy, E.H. & Shapiro, D.A. (1999). The importance of considering clients' perspective in psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, 8(4), 325-337. doi:10.1080/09638239917256
- Messari, S., & Hallam, R. (2003). CBT for psychosis: A qualitative analysis of clients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 171-188. doi: 10.1348/014466503321903580



- Miller, S.D., Hubble, M.A., Chow, D.L., & Seidel, J.A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. doi: 10.1037/a0031097
- Murray, R. (2002). The phenomenon of psychotherapeutic change: Second-order change in one's experience of self. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 167-177. doi: 10.1023/A:1020592926010
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566. doi: 10.1080/10503300601139988
- Nissen-Lie, H.A. (2012). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter? Betydning av terapeutens selvforståelse for prosess og utfall av psykoterapi. *Mellanrummet, Nordisk tidsskrift för Barn- och Ungdomspsykoterapi*, 26, 70-81. Hentet fra: <http://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Forskning-Terapeutegenskaper.pdf>
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128. Hentet fra: <http://www.psykologforeningen.no/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverer/Fag/Evidensbasert-praksis/Prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience*. New York and London: Teachers College Press.

- Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Clients' perceptions of helpful experiences in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 317-324. doi: 10.1037/0022-0167.46.3.317
- Paulson, B. L., & Worth, M. (2002). Counseling for suicide: Client perspectives. *Journal for Counseling and Development*, 80(1), 86-93. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00170.x
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Strupp, H.H., Wallach, M.S., & Wogan, M. (1963). Psychotherapy experience in retrospect: Questionnaire survey of former patients and their therapists. *Psychological Monographs: General and Applied*, 78, 1-45. doi: 10.1037/h0093869
- Strupp, H.H., Fox, R.E., & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore and London: The John Hopkins Press.
- Strupp, H.H., & Hadley, S.W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187-196. doi: 10.1037/0003-066X.32.3.187
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically tested, "All must have prices". *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203-215. doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203

Wampold, B.E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship- and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623. doi: 10.1177/0011000011432709

Wilcox-Matthew, L., Ottens, A., & Minor, C. W. (1997). An analysis of significant events in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 75(4), 282-291. doi: 10.1002/j.1556-6676.1997.tb02343.x